

患者様ご要望アンケート

本日はご来院頂きまして、誠にありがとうございます。うえずぎ歯科では患者様に心から満足して頂けるサービスのご提供を目指しています。皆様のお悩みやご要望をくみ取り、素敵な笑顔・健康的なお口元づくりをサポートさせていただきます。ぜひ皆様のお悩みやご要望のご記入をお願い致します。

ご来店日 年 月 日 お名前

1.最近、口元・顔回りでお悩みはございますか？ (複数回答可)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が黄色い | <input type="checkbox"/> 歯の着色(茶渋・ヤニ)が気になる |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> 舌の汚れが気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯石がついている | <input type="checkbox"/> ときどき歯ぐきが腫れて痛みが出る |
| <input type="checkbox"/> ときどき歯ぐきから血が出る | <input type="checkbox"/> 顎が痛い |
| <input type="checkbox"/> ホウレイ線が気になる | <input type="checkbox"/> 顔のくすみが気になる |
| <input type="checkbox"/> 頬の脂肪が気になる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの黒ずみが気になる |
| <input type="checkbox"/> 口角が下がっている | <input type="checkbox"/> 唇が荒れやすい、乾燥しやすい |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

2.ご興味のある項目、改善したい項目はございますか？ (複数回答可)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 歯のホワイトニング | <input type="checkbox"/> 歯石や茶渋・ヤニが一回でスッキリ落ちる |
| <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病予防 | <input type="checkbox"/> 小顔になる |
| <input type="checkbox"/> ホウレイ線が薄くなる | <input type="checkbox"/> 唇が美しくふっくらとする |
| <input type="checkbox"/> 顔のゆがみを改善する | <input type="checkbox"/> 顔のコリが取れる |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

3.その他、当院へのご意見、ご要望をご記入下さい(何でも構いません。お気軽にご記入下さい。)

アンケートにご協力頂き、ありがとうございました。

当クリニックでは、みなさまにより良い医療提供をしていきたいと心掛けていますので、現在の健康状態や診療希望を、是非、お聞かせください。よろしくお願ひします。

フリガナ					
お名前		男	()歳	上杉 歯科	
		女	明・大・昭・平	予診表	
			年 月 日		
ご住所				E-mail	
自宅/携帯電話				緊急連絡先	
当医院をお知りになられたのは。	<input type="checkbox"/> ご紹介 家族・知人()様 <input type="checkbox"/> 医院前を通過 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> インターネットで <input type="checkbox"/> タウンページで <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介/医院名()				
本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめた物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> お口の検査がしたい <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> その他()				
どこがお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> あごの関節 <input type="checkbox"/> どこの辺りですか 右上 上前 左上 <input type="checkbox"/> その他() 右下 下前 左下				
痛み方はどのようなですか？	<input type="checkbox"/> 何となく <input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> 歯がしみる(冷たいものが・熱いものが)				
いつ頃から痛んでますか？	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 前からずっと <input type="checkbox"/> 以前から時々				
今までに、内科的の病気に かかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> その他(病名:)				
現在、かかりつけの病院は ありますか？	<input type="checkbox"/> ある(病院 科 先生)				
今まで、麻酔をした時に 何か異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある(症状:) <input type="checkbox"/> ない				
薬や食べ物による..... アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある(症状:) <input type="checkbox"/> ない				
現在、服用している 薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある(薬名:) <input type="checkbox"/> ない				
女性の方へ..... 現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> している (現在: カ月) <input type="checkbox"/> していない				
日々、ご自身の健康や身体へ の優しさを考え、健康食品や無 農薬野菜などを意識して、ご 利用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		今後の治療に対する希望 <input type="checkbox"/> 今、痛みのある所だけ治療を希望する <input type="checkbox"/> 治療必要部位があれば話を聞いた上で決める <input type="checkbox"/> 悪い歯は全て治療を希望する		
前回歯科治療を 受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)				
その時の感想は？	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()				
予約について ご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				
患者さまの症例をホームページ等に掲載しても構いませんか？ <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 匿名なら構わない <input type="checkbox"/> 絶対にいや					