

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生(歳)
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		Email		@	
勤務先(学校)		職業			
来院のご希望 曜日 月・火・水・木・金・土 時間帯 午前 午後 特になし・概ねOK					

どうなさいましたか？(複数回答可)

右上	上前	左上
右下	下前	左下

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
- つめもの・差し歯が取れた
- 治療が必要だと思う歯がある
- 歯がグラグラする・血が出る 歯石を取りたい
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
- 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる
- 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査したい
- その他 ()

治療のご希望について教えてください(複数回答可)

- 将来にわたって健康でいられるための治療が受けたい
- 歯を白くしたい 銀歯が嫌だ
- 虫歯や歯周病の予防について教えてほしい
- レーザーや虫歯菌を殺す薬(ドックベストセメント)を使った歯を残す削らない治療を希望する(自由診療)
- 治療方法と材料ごとの料金の違いを説明してほしい
- 希望の治療期間や時期がある
(具体的に?)
- その他 ()

現在飲んでいるお薬がありますか？

- ない ある ()

体に合わないお薬はありますか？

- ない ある ()

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
- 甲状腺疾患 肝炎ウイルス(B・C) 糖尿病
- 高血圧 (/) リウマチ 蓄のう症
- 貧血 骨粗しょう症 ぜんそく
- その他(病名:)
- ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
- 熱が出た アレルギー反応 麻酔が効きにくかった
- その他(具体的に:)
- 異常なし 麻酔を使用したことがない

当院を知ったきっかけ

- 近所/通りがかり
- 医院を直接見て(看板など)
- Net 検索(検索ワード)
- ホームページを見て
- 家族または知人の紹介
(様)
- 小峰先生の著書「名医は虫歯を削らない」を見て
- その他 ()
- 紹介者の方へお礼のハガキを送ってもよろしいですか？ (はい・いいえ)

妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性がある
- 不妊治療中 授乳中

患者さん説明、歯科医療発展のために写真などを学会・ホームページ等で使用させていただくことがあります。(個人が特定されるようなことはありません)ご協力お願いいたします。

問診票の個人情報は厳正に管理されます。