

問診票



受付年月日: 令和 年 月 日

(カタカナ)		生年月日	(T・S・H・R)	年	月	日
お名前		職業		性別		
ご住所	〒	電話番号				
		e-mail				

1. 来院の目的	・歯の痛み ・歯がしみる ・歯垢／歯石取り ・虫歯治療 ・定期検診 ・詰め物がとれた ・入れ歯 ・矯正 ・ホワイトニング ・インプラント ・その他 ()
2. 症状がある場所	・上 ・下 ・左 ・右 ・前歯 ・奥歯 ・親知らず ・その他 ()
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ()
4. ご希望の治療方法	・痛みがとれればよい ・悪い所を全部治したい ・根本的に治したい ・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・医師と相談して決めたい ・その他 ()
5. 日常的に使用する清掃補助器具	・フロス ・スーパーフロス ・歯間ブラシ ・ワンタフトブラシ
6. 外科処置時の異常(抜歯など)	・なし ・あり (具体的な症状:)
7. 全身の状態(過去も含む)	・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・血圧異常 ・糖尿病 ・骨粗しょう症 ・感染症 ・その他 ()
8. 生活習慣	・喫煙 ・歯ぎしり ・矯正中
9. 他医療機関の通院の有無	・なし ・あり (医療機関:)
10. 現在服用中の薬の有無	・なし ・あり (薬名:)
11. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし ・あり (薬名と症状:)
12. 妊娠の有無(※女性の方)	・なし ・あり (妊娠 月) ・可能性あり(未確認)
13. 来院となったきっかけ	・看板／建物 ・HP ・インターネット検索 ・紹介者あり ()

e-mail アドレスは web 予約や確認の連絡に使用するものです。

もしよろしければ、ご記入をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

診察券 No. _____