

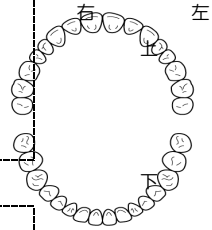
# 問 診 票

ふりがな		性別	生年月日		年齢
お名前		男・女	大昭平令	年 月 日	才
住所	〒		電話	— —	
職業		家族構成	E-mail		

ご来院の理由・どうなさいましたか？ (いくつでも可)

お悩みの所に○して下さい

<input type="checkbox"/> 歯が痛い ( 日前から・腫れている・ズキズキ・出血・その他)	
<input type="checkbox"/> 歯茎が痛い ( 日前から・腫れている・ズキズキ・出血・その他)	
<input type="checkbox"/> 虫歯がある	
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 歯並び・噛み合わせ
<input type="checkbox"/> 歯を入れたい (インプラント等)	<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた
<input type="checkbox"/> 入れ歯あわない・新しくしたい	<input type="checkbox"/> 歯石を取りたい
<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい	<input type="checkbox"/> 検診



当院を選んでいただいた理由をお聞かせください

<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (お名前 )	<input type="checkbox"/> 雰囲気がいいと聞いて
<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 予防に力を入れている
<input type="checkbox"/> 看板を見て・前を通過して	<input type="checkbox"/> 最新の治療をしている
<input type="checkbox"/> 家・職場が近い	<input type="checkbox"/> その他 ( )

ご希望の治療方法をお聞かせください

<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい	<input type="checkbox"/> 今痛んでる所だけ治したい
<input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険以外の治療については先生と相談したい	<input type="checkbox"/> この機会に悪い所全て治したい
<input type="checkbox"/> 保険の範囲外でもいいので最も最適な治療で治したい	

最後の歯科受診はいつですか？ 年 月頃・覚えていない・はじめて

麻酔の注射をしたことがありますか？ はい・いいえ

⇒その時異常はありましたか？  気分が悪くなった  効きづらかった  動悸がした  その他

歯を抜いたことはありますか？ はい・いいえ

⇒その時異常はありましたか？  気分が悪くなった  血が止まらなかった  その他

現在治療中の病気・通院・持病はありますか？ はい・いいえ 病名 ( )

かかりつけ医 ( )

※女性の方のみ  妊娠中 ( ヶ月)  授乳中

現在内服している薬があればご記入ください ( )

食べ物・薬・金属等でアレルギーはありますか？ はい・いいえ ( )

現在たばこは吸いですか？ はい (1日 本くらい)・いいえ

今までに次の病気にかかったことはありますか？

<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c )	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎)	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧	最高: _____ 最低: _____	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

- ・1日にいつ歯を磨きますか？ 朝・昼・夜
- ・1回の歯磨きの時間 約 分
- ・歯ブラシ以外のケア用品の使用 約 分  フロス  歯間ブラシ  その他

通院希望時間 (○をお付けください)

月・火・水・木・金・土・ 午前/午後

予約日前日にメールでお知らせするサービスを実施しております

希望されない方のみチェックをお願いします。