



## 問診票

ご提供いただきました個人情報は、  
当院の診療目的以外には一切使用しません。

|                      |   |     |             |    |   |   |    |
|----------------------|---|-----|-------------|----|---|---|----|
| フリガナ                 |   | 男   | 生年月日 満( )歳  | 未婚 |   |   |    |
| お名前                  |   | 女   | 大・昭・平 年 月 日 | 既婚 |   |   |    |
| ご住所                  | 〒   |     |             |    |   |   |    |
| 勤務先名                 |   | 連絡先 | 電話          |    |   |   |    |
|                      |   |     | 携帯          |    |   |   |    |
| メール                  | ※予約確認メールを送信しますのでご記入下さい  |     |             |    |   |   |    |
| 紹介                   | 様・医院  |     |             |    |   |   |    |
| 当院を知ったきっかけは          | <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 勤務先・ご自宅が近い <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> その他( )  |     |             |    |   |   |    |
| お口の状態について以下ご記入ください。  |   |     |             |    |   |   |    |
| どこが気になりますか           | ( )<br>例：右上の奥歯、健診希望   |     |             |    |   |   |    |
| いつから気になりますか          | ( )<br>例：一週間前から   |     |             |    |   |   |    |
| どのように                | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの・温かいもの・歯磨き時) <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた<br><input type="checkbox"/> 揺れる <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> その他( )   |     |             |    |   |   |    |
| 症状のつらさ               | <input type="checkbox"/> つらい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し気になる程度  |     |             |    |   |   |    |
|                      | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">5</td> <td style="width: 33%;">10</td> </tr> </table>   |     |             |    | 1 | 5 | 10 |
| 1                    | 5   | 10  |             |    |   |   |    |
| 当院に希望すること            | <input type="checkbox"/> 出来るだけ削らない虫歯治療希望 <input type="checkbox"/> 神経を抜かない治療希望<br><input type="checkbox"/> レーザー治療希望 <input type="checkbox"/> 歯の歯質強化 <input type="checkbox"/> 金属を除去したい<br><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> ドックベストセメント治療希望 <input type="checkbox"/> 歯科矯正<br><input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 <input type="checkbox"/> その他( )  |     |             |    |   |   |    |
| 最後に歯医者を受診したのはいつですか   | いつ：( ) したこと：( )   |     |             |    |   |   |    |
| 他院での定期検診の頻度          | ヶ月毎   |     |             |    |   |   |    |
| 現在体調はいかがですか          | <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない( )  |     |             |    |   |   |    |
| 今まで次の病気にかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> 肝炎( )型 <input type="checkbox"/> 心疾患(ペースメーカー有・無) <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 低血圧<br><input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 癌(部位 )<br><input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 心療内科関係 <input type="checkbox"/> 子宮関係 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( ) |     |             |    |   |   |    |
| 現在服用している薬はありますか      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )<br>薬の名前( )   |     |             |    |   |   |    |
| 薬やその他アレルギーはありますか     | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 歳時 アレルギー： 薬： )   |     |             |    |   |   |    |

裏面につづく

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 歯科麻酔で異常は                 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 歳時 ） <input type="checkbox"/> 麻酔経験なし |
| 歯を抜いて異常は                 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 歳時 ） <input type="checkbox"/> 抜歯経験なし |
| タバコは吸いますか                | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日）                               |
| 現在妊娠中もしくは<br>その可能性がありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（現在 週）                                 |
| 現在授乳中ですか                 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（お子様の年齢 歳）                            |

## — 安心安全な治療を目指しています —

◇ 当院では治療前に**除菌水**でうがいをする事をお願いしております。うがいをする事により**お口の中の細菌が減り、安心安全な治療**をする事ができます。ご協力お願い致します。



◇ 使い捨て基本器具を無料で提供いたします。

◇ ハイレベルな滅菌を徹底しています。