



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	〒			
ご職業	ご連絡先	固定電話		
		携帯電話		
メール	※予約確認メールを送信しますのでご記入下さい			
ご紹介	様・医院			
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 勤務先・ご自宅が近い <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 検索 <input type="checkbox"/> その他()			

お口の状態について以下ご記入ください

一番気になる所は	どこ	どこ:() 例:右上の奥歯、健診希望
	いつから	いつから:() 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 <input type="checkbox"/> 揺れる <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> その他()
	症状の程度	10段階で示すと

その他気になる所	() ()
最後に歯医者を受診されたのはいつですか	いつ:() したこと:() 歯科健診の頻度: ヶ月毎
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 <input type="checkbox"/> 神経を抜かない治療 <input type="checkbox"/> 金属を除去したい <input type="checkbox"/> レーザー治療 <input type="checkbox"/> 歯の歯質強化 <input type="checkbox"/> ドックベストセメント治療 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 着色を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()
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とことはありますか	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎()型 <input type="checkbox"/> 心疾患(ペースメーカー有・無) <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 膠原病() <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 癌(部位) <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"/> その他()
マウスピースは使っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (それは無呼吸症候群用のマウスピースですか <input type="checkbox"/> はい)
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() 薬の名前()
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(歳時 食品など: 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 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**電解機能水**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。



◇ 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。