

問診票

令和 年 月 日 受付

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	〒 -	自宅電話 - - 携帯電話 - -		
勤務先		住所：〒 - 電話 - -		

当院にこられたのは？ 初めて 以前に来たことがある(約 年前)

当院を選んでいただいた理由をお聞かせ下さい。(いくつチェックしても可)

- 家族が通院中または以前通院していた(お名前)
- 友人・知人の紹介や勧めで(お名前)
- 病院の先生に紹介して頂いた(病院名) (先生名)
- インターネットをみた 予防に力を入れていると聞いて 最新の治療をしていると聞いて
- 家から近いから 職場から近いから 看板をみた SNS をみた
- その他 ()

今の症状と、希望する治療内容を教えてください(いくつチェックしても可)

- 歯の健康診断をしたい 歯が痛い・しみる 歯ぐきが腫れた
- つめもの・かぶせ物が取れた ※取れた物について(色) (本日お持ちですか? 有・無)
- 入れ歯をつくってほしい 入れ歯がこわれた・調子が悪い
- できものが口の中にできた 黒くなっているところがある
- 歯の外観が気になる あごの調子が悪い 口が乾く 歯並びが気になる
- 口臭が気になる 虫歯の治療をしたい 歯茎の治療をしたい 親知らずをみてほしい
- 歯を抜いてほしい インプラントの相談がしたい 歯石をとってほしい
- 着色や汚れをとってほしい ホワイトニングをしてほしい 歯茎の検査をしてほしい
- 歯のクリーニング(PMTC)をしてほしい 虫歯になりにくい予防法を知りたい
- 歯科ドックをしてほしい(虫歯の検査・歯周病の検査・口臭の検査)
- その他 ()

家族構成について教えてください(むし歯の原因と深く関係しています)

お口の中の細菌が子どもに感染するというをご存知ですか (はい ・ いいえ)

お名前	続柄	年齢	歯並び	むし歯	かかりつけの歯科医院
			良・普・悪	有・無	有・無
			良・普・悪	有・無	有・無
			良・普・悪	有・無	有・無
			良・普・悪	有・無	有・無
			良・普・悪	有・無	有・無
			良・普・悪	有・無	有・無

内科的な疾患はありますか？

※○をつけて下さい。

- ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 肝炎 (型)
- 血液疾患 甲状腺機能亢進症 蓄膿症 貧血
- 高血圧(最高: 最低:) 低血圧
- てんかん ぜんそく その他 ()

よければ具体的に病名・かかりつけ医院を教えてください

() () 医院・病院)

次の病気にかかられたことはありますか？詳しい病名をお知らせください

- 心臓 () 肝臓 () 腎臓 () その他 ()

※裏面もごさいます。ご記入よろしくお願い致します。