問診表

かな		男・女	生年月日	年	月	日
名前			緊急時の連絡先（複数 ☒ 可）			
住所〒			☐ 携帯 ()			
			☐ 自宅 ()			
勤務先 〒			☐ 勤務先 ()			
緊急時（予約の問い合わせや臨時休診など）にお電話やハガキを出す場合がございます。 必要なものにチェックしてください→ ☐ 領収書 ☐ 明細書 ☐ 両方必要 ☐ 両方不要						

御手数ですがチェックを付けてお答えください。

プライバシーは厳守致しますので正確にお答えください。

当院を知ったきっかけは？
☐ 自宅近く ☐ 看板 ☐ ホームページ ☐ 会社近く
☐ 知人・家族() ☐ その他
☐ SNS（インスタ・フェイスブック）

過去・現在かかった病気はありますか？
☐ 心疾患 ☐ 脳卒中 ☐ 血液疾患 ☐ 甲状腺
☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 貧血 ☐ 肝炎(A・B・C)
☐ 糖尿病 ☐ リウマチ ☐ 高血圧症 ☐ うつ病
☐ ぜんそく ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他()

どのような症状が気になりますか？（複数可）
☐ 歯が痛い ☐ 歯茎が痛い ☐ 顎が痛い ☐ 口臭
☐ 歯石取り・クリーニング ☐ 歯がグラつく
☐ 親知らずの抜歯希望・相談 ☐ インプラント相談
☐ 検診 ☐ 歯並びが気になる ☐ 全体的に見てほしい
☐ 鎮静麻酔の相談 ☐ その他()

上記のチェックがある方、お薬の服用はありますか？
☐ いいえ
☐ はい（お薬手帳の提示をお願いします）
通院病院名()担当医()先生

いつから気になりますか？
☐ 本日から ☐ ()日前から ☐ その他

歯の治療、麻酔、抜歯で何か異常がありましたか？
☐ 血が止まらなくなった ☐ 気分が悪くなった
☐ 腫れた ☐ 熱が出た ☐ アレルギーが出た
☐ 麻酔が効かなかった ☐ 湿疹 ☐ なし
☐ その他()

アレルギーはありますか？
☐ ない ☐ ある 食べ物()
お薬()

治療費について
☐ すべて保険で ☐ なるべく保険で
☐ 最も良い治療で ☐ 説明聞いて決めたい

女性の方に
現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？
☐ ない ☐ ある()ヵ月 ☐ 不明

被せものについて
金属ではなく白くて自然な方が良い
☐ はい ☐ いいえ ☐ 説明聞いて決めたい

通院しやすい曜日や時間帯は？
☐ 希望なし ☐ (月 火 水 木 金 土)曜日
☐ AM ☐ PM ☐ ()時以降

ホワイトニングに興味はありますか？
☐ はい ☐ いいえ ☐ 説明聞いて決めたい

期間について
☐ 時間はかかって良いのでまとめて治療してほしい
☐ ()月までに治療を終えたい
〔理由： 〕
☐ 回数かかっていいのでゆっくりすすめたい

治療後の予防、メンテナンスについて聞きたい
☐ はい ☐ いいえ