

問診票

No. _____

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	西暦 年 月 日	歳
住所	〒 -	電話	(自宅)	
			(携帯)	
E-mail				

当院のLINEアカウントにおともだち登録をお願いします

お知らせLINE（公式アカウント）



- 登録完了
未登録

やりとりLINE（チャット）



- 登録完了
未登録

キャンペーン・休診情報など様々な情報をお送りします
ご登録をお願い致します

ご予約や日時変更等にご利用いただけます

なぜ当院を選ばれましたか？(いくつでも可)

- 知人・家族等からの紹介・評判(名前:) 広告・看板を見て(場所:)
当院HPを見て 通院しやすいから
ウェブサイトを見て(サイト名:) その他()

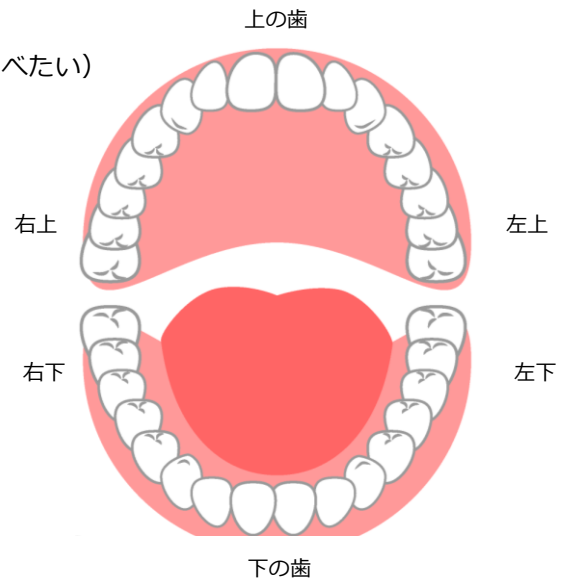
来院の理由をお聞かせください(いくつでも可)

- 歯・歯周の治療 検診(悪いところがないか調べたい)
歯並び・かみ合わせ 歯のクリーニング
詰め物・入れ歯などの修理 ホワイトニング
口臭が気になる
その他()

最後に歯科受診されたのはいつですか？

- 年 月頃 覚えていない はじめて

お悩みの部位に印をつけてください



診療についてのご希望があればお聞かせください

[]

- (例) : 来院回数を少なくしたい 痛いところ・困っているところだけを治したい
来院回数は増えても治療は少しずつにしたい この機会に悪いところは全て治したい
極端に怖がりなので注意してほしい () までに治療を終えたい

現在、治療中の病気がありますか？

病名 () 服用・使用中的お薬 ()
通院 (病院名 :) 診療科名 : ()

今までに次の病気にかかったことがありますか？

- 心臓疾患 : 不整脈・心筋梗塞・高血圧・その他 ()
肝疾患 : 肝硬変・B型肝炎・C型肝炎・その他 ()
脳血管疾患 : 脳梗塞・脳出血・その他 ()
呼吸器疾患 : ぜんそく・結核・その他 ()
悪性腫瘍 () 感染症 : 梅毒・HIV・その他 ()
糖尿病 腎疾患 骨粗しょう症 リウマチ・膠原病 血液疾患 甲状腺疾患 ちくのう症・副鼻腔炎
その他 ()

女性の方へ…現在、妊娠していますか？

- 妊娠中 () か月 可能性はある 可能性なし

過去の歯科治療、麻酔、服薬などで異常がありましたか？

- 異常なし あり ()

アレルギーはありますか？

- はい 薬 () ・ 金属 ・ ゴム ・ ヨード系 (イソジンなど)
いいえ ※うがい薬としてお出ししています

生活習慣についてお伺い致します

- お口のお手入れについて 歯磨きをする時… 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前
1回の時間… () 分くらい
歯ブラシ以外の清掃用品… フロス 歯間ブラシ その他
- 喫煙習慣 なし あり 過去にあり
- 睡眠時間 約 () 時間
- 食生活習慣について 習慣的飲料物… なし あり ()
間食のとり方… 不規則 規則正しい あまりしない

ご記入ありがとうございました。受付へお渡しください。