

問診票

ふりがな									
氏名		男・女	生年月日	S H R	年	月	日		
住所	〒								
電話番号	携帯							自宅	
今後の診療の参考にするため、該当箇所には✓をお願いします。									

1. どうしましたか

- 歯が痛い
- 歯肉が腫れている
- 被せ物を白くしたい
- 入れ歯の具合が悪い
- 噛み合わせ相談をしたい
- 顎の調子が悪い
- 歯石取り(クリーニング)をしてほしい
- ホワイトニングを検討中
- 矯正相談をしたい
- その他()
- 歯肉から出血する
- 詰め物・被せ物が取れた
- 入れ歯を作りたい
- 検診結果で来院した

8. 現在飲んでいる薬はありますか

- はい 薬品名→ ()
- いいえ

9. 薬のアレルギーはありますか

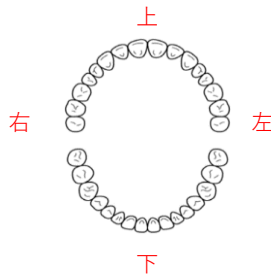
- はい 薬品名→ ()
- いいえ

10. この機会に

- 今痛んでいる所だけでよい
- 悪い所は全て治したい
- 相談の上で治療をしたい

2. どの辺りですか

()



11. 診療についてのご希望は

- 保険の範囲内で治してほしい
- なるべく保険の範囲内として、保険のきかない所は自費でも構わない
- 自費でもよいから良いものでやってほしい

3. 歯みがきの回数、時間を教えてください

- 1日()回 1回()分
使うもの 歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス
その他()

12. 興味のある項目はありますか

- インプラント
- 即日修復(被せ物)
- セラミック治療
- 違和感のない入れ歯
- ホワイトニング

4. 今までにかかった病気はありますか

- はい
- 心臓病
- 肝臓病
- 腎臓病
- 糖尿病
- 肝炎(A・B・C他)
- その他()
- いいえ

13. 歯科衛生士による歯みがきの指導を受けたいですか

- はい
- いいえ

5. 血圧は大丈夫ですか

- はい
- いいえ (高血圧・低血圧)

14. 治療後の歯の定期検診を希望しますか

- はい
- いいえ

6. 現在妊娠中ですか

- はい ()ヶ月
- いいえ

15. 10年後、ご自身のお口の中の状態はどうありたいですか

()

7. 現在どこかの病院にかかっていますか

- はい 病院名→
病名→
- いいえ

16. その他ご相談がございましたらお気軽にご記入ください

()

17. 今後の治療において歯科医師の担当制を希望されますか

- はい
- いいえ

* 当院をなにごで知りましたか・参考にされましたか *

- 買い物中
- 近所在住
- 看板
- ホームページ
- SNS (インスタグラム・YouTube・TikTok・Facebook)
- 紹介(名:)
- Googleアンケート
- その他アンケート()