



問 診 票

No. _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな お名前	_____	性別 男 ・ 女	生年月日 昭・平・令 年 月 日
携帯番号	- -	mail	
ご住所	〒 -		

当クリニックを何で知りましたか？

- ☐ ご紹介（☐ 歯科医院 ☐ 様） ☐ 評判を聞いて
☐ 近いから（☐ 勤務先 ☐ 学校 ☐ 自宅） ☐ ホームページ ☐ 広告 ☐ 看板

現在お困りのことは？ *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 【 歯 】 ☐ 歯が痛い ☐ しみる ☐ 詰め物がとれた（とれたもの ☐ ある ☐ ない） ☐ 食べ物が詰まる
【歯ぐき】 ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 歯ぐきが痛い ☐ 歯ぐきが出血する
【入れ歯】 ☐ 入れ歯が壊れた ☐ 入れ歯が合わない ☐ 新しい入れ歯を作りたい
【その他】 ☐ 口臭が気になる ☐ インプラントの相談をしたい ☐ 歯並びの相談をしたい
☐ 歯を白くしたい ☐ 顎関節の相談をしたい ☐ 歯のクリーニングをしたい
☐ その他（ _____ ）

最も気になる場所はどこですか？

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 左上 | <input type="checkbox"/> 上の前歯 | <input type="checkbox"/> 右上 | <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> お口全体 <input type="checkbox"/> 舌 |
| <input type="checkbox"/> 左下 | <input type="checkbox"/> 下の前歯 | <input type="checkbox"/> 右下 | |

上記の症状についておうかがい致します *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 【いつからですか？】 ☐ _____ 日前から ☐ _____ 週間前から ☐ _____ ヶ月前から
【どの様に痛みますか？】 ☐ 常に痛い ☐ たまに痛い ☐ ズキズキ痛む ☐ 噛むと痛い
☐ 熱いものがしみる ☐ 冷たいものがしみる ☐ 甘いものがしみる
☐ その他（ _____ ）

全身の状態についておうかがい致します *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 【次の病歴はありますか？】 ☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 高血圧 ☐ 肝炎 ☐ 糖尿病 ☐ 骨粗鬆症
☐ その他（ _____ ）
【歯科以外で通院中の病院はありますか？】 ☐ ない ☐ ある（診療科名： _____ ）
【服用中の薬はありますか？】 ☐ ない ☐ ある（薬名： _____ ）
【アレルギーがある場合はご記入下さい】
☐ 薬（薬名： _____ ） ☐ 金属（名称： _____ ） ☐ ゴムアレルギー ☐ その他（ _____ ）
【歯を抜いたり麻酔をしたことがありますか？】 ☐ ない ☐ ある
【歯を抜いたり麻酔をした際に異常はありましたか？】 ☐ ない ☐ ある（内容： _____ ）
【女性の方へ 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？】 ☐ ない ☐ ある

治療内容や費用についてのご要望について *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- ☐ できるだけ保険で治したい ☐ 保険や自費を含む最も良い方法と材料の説明を受けて自分で選択したい
☐ 痛いところだけ治したい ☐ 悪いところを全て治したい ☐ 治療後の予防法について聞きたい

当院では患者さまの個人情報の取り扱いと管理に関して、細心の注意を払っております。ご記入下さいました情報は、診療と定期歯科健診のご案内以外の目的では一切使用いたしません。