

# 発寒デンタルクリニック 問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 ____ 月 ____ 日生まれ 満 ____ 歳
現住所	〒 _____			
連絡先 電話番号	自宅		携帯	
メールアドレス				
ご職業（勤務先・学校名など）				

当院に来院されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある
当院を知ったきっかけを教えてください ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介（紹介者： _____） <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS（Facebook） <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> Google マップ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
本日はどうされましたか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい（抜歯したい） <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
問題があると思われるのはどの歯ですか？	
前回の歯科受診はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> 当院（ _____ 年 ____ 月頃） <input type="checkbox"/> 他院（ _____ 歯科を _____ 年 ____ 月頃）

どのような治療を希望されますか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 現在痛むところだけを治したい <input type="checkbox"/> この機会に悪いところもすべて治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で直したい <input type="checkbox"/> 良い治療なら保険外の治療も相談したい <input type="checkbox"/> 一回の治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 多少長くても一度に多くの治療をしたい <input type="checkbox"/> よくわからない <input type="checkbox"/> その他 ( )
内科的病気はありませんか？または過去にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (A型・B型・C型・アルコール性肝炎) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
服薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名: )
薬や食べ物などのアレルギー・特異体質などがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に: )
過去抜歯した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった (具体的に: )
過去麻酔した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった (具体的に: )
歯磨きについて	歯磨きの時間帯: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> おやつ後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 使用する道具: <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ( )
喫煙について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本) <input type="checkbox"/> 過去していた ( 年前)
よく飲むものについて	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> その他 ( )
間食について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (規則正しい・不規則)
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 週目) <input type="checkbox"/> 授乳中
その他、要望等がありますか？	