



# 問 診 票

年 月 日

ふりがな	生 年 月 日		
お名前	年 月 日	歳	

◎当医院に来られたのは  初めて  以前に来院したことがある

◎なぜ当医院を選ばれましたか？

- 家族や知人が通院中または以前通院していた（お名前 \_\_\_\_\_）
- ホームページを見た
- 家・職場から近いから
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

◎本日はどうされましたか？

◎今までに歯科の麻酔注射の際に気分が悪くなったりしたことがございますか？

- ない  ある ⇒（その時どのようにになりましたか？ \_\_\_\_\_）

◎かかりつけの病院があればご記入ください

病院・医院名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_

◎妊娠中、もしくは可能性あるの方や授乳中の方はお申し出ください

（妊娠 \_\_\_\_\_ カ月）（授乳中 \_\_\_\_\_ カ月）

◎お口の中の気になることを教えてください。複数可

- 歯や口元の見え目が気になる
- 着色ややニが気になる
- 歯並びが気になる
- 被せ物や詰め物の色が気になる
- 歯周病が気になる
- 口臭が気になる
- 入れ歯の金具が気になる
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

◎お口の中の希望を教えてください。複数可

- 歯石を取ってほしい
- 歯の健診・メンテナンス（PMTC）を受けたい
- 自分の歯を出来るだけ残す方法を知りたい
- インプラントについて聞いてみたい
- ホワイトニングについて聞いてみたい
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

◎当院と患者様の治療時間を大切に使えるように、事前に予約のお知らせサービスをしています

ご希望の連絡方法を教えてください。

- メールで案内 アドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
- 電話で案内  案内不要



QRコードから空メールをお送りください。IDナンバーが届きます。

◎その他気になる事や希望があればご記入ください

医院記入欄

前回来院日 年 月 日

ご記入が終わりましたら受付までお願いします