



問 診 票

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	
お名前		年 月 日	歳
ご住所	〒	連絡先（自宅）TEL 携帯TEL	
○次のことについてお伺いします（□にチェック、または該当するものに○を）			* 当院記入欄
1 当医院にいられたのは □初めて □以前に来院したことがある			最終診療日
2 初めての方へ 今回当院を選ばれた理由を教えてください □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（			年 月 日
3 本日、来院された理由は □虫歯の治療 □入れ歯 □かぶせがとれた □歯ぐきがはれた □口臭 □その他（			
4 その場所が痛みますか？ 左上 上前歯 右上 それはいつからですか？ 左下 下前歯 右下 日前から			
5 お口のお手入れについて 歯みがきする時は □起床時 □食後（朝・昼・夜） □就寝前 1回の時間は 約 分			
6 これまでにかかった大きな病気はありますか？ □なし □あり（□心臓病 □肝炎 □糖尿病 □高血圧 □その他（			
7 あなたの体質は？ □異常なし □ぜんそく □血が止まりにくい（抜歯後など） □じんましん □アレルギー（□薬（） □その他 □歯科の麻酔（□問題なし □ドキドキした □気分が悪くなった その他（			
8 お薬を飲んでいますか？ □いいえ □はい（薬名：			
9 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			
10 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）			
11 喫煙習慣 □なし □あり □過去にあり			
12 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 □歯周病が気になる □着色やヤニが気になる □口臭が気になる □歯並びが気になる □入れ歯の金具が気になる □被せ物や詰め物の色が気になる □その他（			
13 治療の希望などを教えてください。複数可 □全部直したい □痛みのある歯だけでよい □治療は（□すごく怖い □やや怖い □普通） □歯石を取ってほしい □インプラントについて聞いてみたい □歯の健診・メンテナンス（PMTC）を受けたい □ホワイトニングについて聞いてみたい □自分の歯を出来るだけ残す方法を知りたい □その他（ □保険に関わらず自分にあった治療を提案して欲しい			
14 事前にメールで予約のお知らせサービスをしています。アドレスのご記入をお願いします。 アドレス @ □事前案内は不要			
◎その他気になる事や希望があればご記入ください			

ご記入が終わりましたら受付までお願いします