問　診　票

年　　月　　日

ふりがな		生　年　月　日	年齢	職　業
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）

来院経路

1　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

徒歩・自転車・車・バス・電車・他（　分）

2　初めての方へ　今回当院を選ばれた理由を教えて下さい

□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（　　）

＊当院記入欄

最終診療日

年　　月　　日

3　本日、来院された理由は

□痛み　　□虫歯の治療　　□かぶせがとれた　　□歯ぐきがはれた　　□口臭

□入れ歯の不具合（　　）　　□その他　（　　）

4　その場所はどこですか？　　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　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（HbA1c　）　□高血圧　□その他（　　）

7　各医療手帳はお持ちですか？　□なし　□あり（□お薬手帳　□糖尿病手帳　□介護保険証　□療育手帳）

8　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（　　）

9　お薬を飲んでいますか？

□いいえ　　□はい（薬名：　　）

10　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

11　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　　ヵ月）（授乳中　　ヵ月）

12　喫煙習慣　　□なし　□あり　□過去にあり

13　お口の中の気になることを教えて下さい。複数可

□歯や口元の見た目が気になる　　□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（　　）

14　治療の希望などを教えて下さい。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

15　来院しやすい日があれば教えて下さい。

□なし　□あり（　　）□不定期

16　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

お知らせ　当院は訪問診療を積極的に行っています。ご家族など通院困難な方がおられましたらお知らせください。

また、歯科の食育（体やお口に良い食べ方）も指導しています。

歯科の訪問診療や食育に興味が　□ある　□なし　　＊ご記入が終わりましたら受付までお願いします