

問診票

		記入日		年	月	日
フリガナ		性別	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和		
お名前		男 ・ 女	年 月 日 (歳)			
ご住所	〒 -					
メールアドレス		電話番号				
勤務先名・通学先名		ご職業				

ご来院の動機	<input type="checkbox"/> 歯列矯正（相談含む） <input type="checkbox"/> 無痛睡眠治療（静脈内鎮静法） <input type="checkbox"/> 短期集中治療 <input type="checkbox"/> 審美・インプラント治療		<input type="checkbox"/> ガミースマイル <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> ホワイティング <input type="checkbox"/> その他（例：セカンドオピニオン・美容点滴）		
現在お口のどこかに お痛みや症状はありますか？	具体的な部位や気になる点をご記入下さい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
来院経路	<input type="checkbox"/> 近くだから（自宅・職場） <input type="checkbox"/> 当院のSNSを見たことがある（Instagram・Tik Tok・他） <input type="checkbox"/> Googleのクチコミをみた <input type="checkbox"/> 知り合いからのご紹介（ご紹介者名 様） <input type="checkbox"/> インターネット検索（検索キーワードをお教えてください）				
今までの歯科治療で 気分が悪くなったことは ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歯医者が苦手 / 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 嘔吐反射がある <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 痛みが苦手 / 歯茎麻酔が効きづらい <input type="checkbox"/> 治療中の音が怖い / 削るのが怖い			
今後の治療に関して 希望はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 来院回数重視 / 短期集中治療 <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい / 応急処置希望 <input type="checkbox"/> 相談して決めたい			
現在・また過去に ご病気はされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他：			
現在通院中の 病院はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	病院名（科）： 担当医：			
現在お薬は飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	薬名： ※お薬手帳があればご提示下さい 変更がある場合、都度ご提示ください			
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 牛乳/卵/大豆類 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> その他()			
お支払い方法について	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 御予算： 円 クレジットカード / 現金 <input type="checkbox"/> デンタルローンを検討			
来院しやすい日時 （ご希望に沿えない場合もございます）	<input type="checkbox"/> 特になし	月 ・ 火 ・ 水 ・ 金 ・ 土 （ 午前 ・ 午後 ・ 時頃 ） （木日祝日は休診日です）			
本日のお帰りの希望目安時間 （ご希望に沿えない場合もございます）	<input type="checkbox"/> 特になし	時 分 までにクリニックを出たい			
その他ご要望や気になる点 事前に伝えておきたいことなど	<input type="checkbox"/> 特になし				

※ 裏面へ続きます。ご記入をお願い致します。

歯磨き・生活習慣について

歯を磨く頻度・タイミング： 回 / 日 いつ？：

歯磨きに使用しているもの： ハブラシ・電動歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ・その他（ ）

食事のタイミング： 朝・昼・夜・間食

間食の取り方： 規則的・不規則

よく飲む物： コーヒー・お茶類・お酒・炭酸飲料・砂糖を含む飲み物・その他（ ）

喫煙の有無： 無・過去に吸っていた・有（ 本程 / 日）

※以下については該当する方のみお答えください

【歯列矯正について】

矯正の経験がある（ 歳頃）・矯正をしたい・将来的に相談してみたい・他院にて相談をしたことがある

↓

無料カウンセリングを希望 する・しない

【ホワイトニングについて】

歯を白くすることに興味がありますか？： ない・分からないので説明してほしい・ある

ホワイトニングの経験がありますか？： ない・ある（ オフィス / ホーム ） いつ頃？（ ）

その際しみたりお痛みはありましたか？： ない・ある

【女性の方へ】

妊娠されていますか？： いいえ・はい（現在 週 出産予定日： ）

授乳中ですか？： いいえ・はい

【静脈内鎮静法 / 短期集中治療について】

静脈内鎮静法の経験はありますか？： いいえ・はい（ 歯科で・その他で： ）

はいの方へ…睡眠治療中は： よく眠れた・眠りづらかった・途中で起きてしまった・その他（ ）

はいの方へ…終了後は： すぐに目が覚めてすっきり・だる気や眠気が続いた・その他（ ）

治療終了希望日はありますか？： いいえ・はい（ まで / ご都合 ）
（ご希望に添えない場合もございます） 例：一時帰国中のため・結婚式にむけて

【美容点滴・注射について】

経験がありますか？： いいえ・はい（ 内容や時期 ）