

問診票

記入日 年 月 日

| | | | | |
|------------------------|------------------|------|------------|---------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 大正・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 | | |
| 当院からの希望連絡方法 (複数選択可) | 電話・メール・LINE・連絡不可 | | | ※来院の御予約等に用います |

これからお伺いすることはより良い治療を行うために大切な内容です。お手数ですがお答え下さい。

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ご来院の動機 | <input type="checkbox"/> 歯列矯正 (相談含む) <input type="checkbox"/> 定期検診 (歯のクリーニング・虫歯チェック) <input type="checkbox"/> 無痛/睡眠治療 (静脈内鎮静法) <input type="checkbox"/> 歯のホワイトニング <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 (部位:) <input type="checkbox"/> 審美・インプラント治療 <input type="checkbox"/> ボツリヌス療法 (部位:) <input type="checkbox"/> 美容点滴 (ビタミンB/C・白玉) <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 上記について具体的な部位や気になる点をご記入下さい | | |
| 来院経路 | <input type="checkbox"/> 近くだから (自宅・職場) <input type="checkbox"/> 知り合いの紹介 (様) <input type="checkbox"/> 新聞折込 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS (Instagram等) (検索ワード) | |
| 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"/> 歯茎麻酔が痛い / 効きづらかった <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"/> 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 |
| 自費治療を希望しますか? | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> どんな選択肢があるのか聞いてから考えたい <input type="checkbox"/> 全て良い材料で治したい <input type="checkbox"/> 部位などにより相談して決めたい (御予算: 円) |
| 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 |
| 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"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> その他 () |
| 来院しやすい日時 (ご希望に沿えない場合も御座います) | <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御座います) | <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 いくつ? :

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

【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) いくつ回? ()

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)

授乳中ですか? : いいえ ・ はい

【託児について】

託児を希望されますか? : いいえ ・ はい (お名前

年 月 日 生まれ (歳)

おとこのこ ・ おんなのこ

興味があること :