

こいで歯科 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	昭和/平成/令和 年 月 日生まれ 歳
現住所	〒			
連絡先 電話番号	自宅	携帯	ご職業	

本日はどうされましたか？	☐ 歯が痛い ☐ 歯肉が痛い ☐ つめものが取れた ☐ 虫歯を治したい ☐ 歯を抜きたい ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯を作りたい ☐ 歯石を取りたい ☐ 検診希望 ☐ 歯並びを治したい ☐ ホワイトニング ☐ その他 ()
当院を知ったきっかけを教えてください	☐ 知人からの紹介（紹介者： ） ☐ 通りがかり ☐ 家族からの紹介（紹介者： ） ☐ 看板 ☐ インターネット ☐ その他 ()
どのような治療を希望されますか？	☐ 保険の範囲内で直したい ☐ 保険外治療の説明も聞きたい
内科的な病気はありますか？	☐ ない ☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 脳梗塞/脳出血 ☐ ぜんそく ☐ 甲状腺の病気 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病（A型・B型・C型・アルコール性肝炎） ☐ 腎臓病 ☐ 骨粗しょう症 ☐ その他 ()
服薬中の薬はありますか？	☐ ない ☐ ある（薬剤名： ）
薬や食物のアレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある（具体的に： ）
女性の方へ	☐ 妊娠中 (週目) ☐ 授乳中
過去麻酔した際、何か異常はありましたか？	☐ なかった ☐ あった（具体的に： ）
歯磨きについて	歯磨きの時間帯： ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ おやつ後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 使用する道具： ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他 ()
伝えておきたい事がありましたら ご記入ください	

ご協力いただき有難うございました

ご質問等ございましたらお気軽にご相談ください

戸塚駅前こいで歯科