

こいで歯科問診票

令和 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 歳
現住所	〒 -			
連絡先 電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

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 ☐ 入れ歯を入れたい ☐ 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()
それはいつから、どの場所ですか？	いつから () 場所 奥歯(右・左・上・下) 前歯(上・下) 顎 ・舌
当院知ったきっかけを教えてください	☐ 知人・家族からの紹介(紹介者:) ☐ 通りがかり・看板 ☐ ネット検索 ☐ E-PARK ☐ 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
内科的病気はありますか？	☐ ない ☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 脳の病気 ☐ 喘息 ☐ 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 ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他()
服薬中の薬はありますか？	☐ ない ☐ ある(薬剤名: ●お薬手帳は(紙の手帳/アプリ)をご使用されている
薬や食物のアレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある(具体的に:)
過去麻酔をした時に異常はありましたか？	☐ なかった ☐ あった(具体的に:)
女性の方へ	☐ 妊娠中(週目) ☐ 授乳中
歯磨きについて	歯磨きの時間帯は: ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ おやつ後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 使用している道具は: ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ その他()
支払方法	☐ 現金 ☐ クレジット・ICカード ☐ QRコード
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