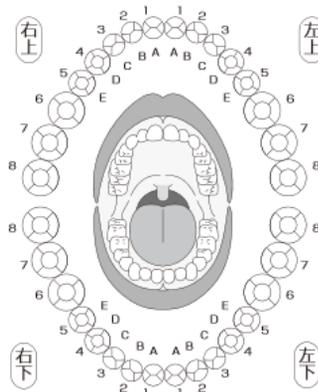


問診表		No. _____	(受付日	年	月	日/受付者名	CS担当者名
ふりがな			生年月日	大・昭 平・令	年	月	日 性別 男・女
お名前	(才)		ご連絡先 (ご連絡を希望される番号の□にチェックをつけてください)				
ご住所：〒	-		<input type="checkbox"/> ご自宅		-		-
			<input type="checkbox"/> 携帯		-		-
			<input type="checkbox"/> メールアドレス				@
ご職業	勤務先(学校名)		住所：〒		-		-
			電話番号：		-		-

※記載していただいた個人情報は当院以外では使用しません。

本日はどうされましたか？(いくつでも☑可)

- 歯が痛い [日 前 から]
- 歯ぐきから出血する
- 歯石をとりたい
- 健診をしたい
- つめ物・かぶせ物がとれた
- 入れ歯が合わない・作りたい
- 歯周病が気になる
- 歯を白くしたい
- 歯ならびが気になる
- その他 []



当医院を知ったきっかけはなんでしょう？(1つだけ選んで下さい)

- 紹介(お名前: 様) 家族が通院中・過去に通っていた(お名前: 様)
- ホームページ インスタグラム フェイスブック 看板 電話帳 パンフレット・ポスター
- その他 []

当医院を選ばれた理由はなんでしょう？(いくつでも☑可)

- 家、職場が近い 時間帯が合っている 予防に力を入れている 最新の治療をしている
- 院内の雰囲気が良いと聞いた 送迎している
- その他 []

最後に歯医者へ行ったのはいつですか？

- 他の医院で [年 月 前] 覚えていないほど空いている
- 当院で [年 月 前] 歯科は初めて

その時の感想をお聞かせください(いくつでも☑可)

- 痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変
- 治療の説明を十分にしてくれなかった 説明がわかりやすかった
- その他 []

治療について

- 痛みがある場所だけ治療してほしい 悪い部分を全部治したい
- ↓他に口の中の悩みがあれば☑を入れてください(いくつでも☑可)
- 銀歯が気になる 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる(他人に指摘を受けた/自分でそう感じる)
- インプラントに興味がある 入れ歯が気になる あまり歯を削りたくない 歯周病が気になる
- その他 []

治療の際重視するところは何ですか？(いくつでも☑可)

- 被せ物・詰め物・入れ歯などをできるだけ長持ちさせたい(耐久性)
- 自然に美しく見える歯にしたい(審美性)
- 虫歯・歯周病再発を防ぎたい(再発リスク)
- 天然の歯のように違和感なく噛めるもの(機能性)

⇒裏面に続きますので、あわせてご記入お願いいたします。

全身の健康状態について

※健康面を知った上で治療をさせていただきたいので、できるだけ正確に☑、または[]にご記入ください。

今まで次の病気になったことはありませんか？(いくつでも☑可)

- 心臓疾患 脳疾患 高血圧 腎臓疾患 肝臓疾患 糖尿病 [HbA1c []]
ガン ぜんそく 貧血 てんかん 骨そしょう症 膠原病(リウマチ等)
胃腸病 蓄膿症 甲状腺疾患 その他 []]

現在の健康状態はいかがですか？

- 特に問題はない 妊娠中(または可能性あり) 授乳中
他の医院(内科/外科)に通院している ⇒病名 []]
薬を飲んでいる ⇒薬剤名 []]

睡眠について(いくつでも☑可)

- よく眠れている まあまあ眠れている 眠れない
日中に強い眠気を感じる 眠りが浅い その他 []]

アレルギーはありますか？

- ない
ある
⇒金属アレルギー [] その他アレルギー []]
薬アレルギー [薬剤名:]]

麻酔をしたことはありますか？

- ない
ある ⇒特に異常はなかった 異常があった []]

抜歯で体調が悪くなったことはありますか？

- ない
ある ⇒ 血が止まらなかった 気分が悪くなった
麻酔が効かなかった その他 []]

喫煙されていますか？

- 吸う[1日 本] 吸わない 禁煙中 [期間:]]

当院に対する要望をお聞かせ下さい

(例:痛いのが苦手なのでなるべく麻酔をつかってほしい) ※特に無ければご記入いただかなくてもかまいません

ご予約について

※当院は予約制となるため、ご希望の通院日や時間帯をお聞かせください。

-診察時間- (受付/~17:30)	月	火	水	木	金	土	日	祝
9:00~13:00				休診			休診	休診
14:00~18:00				休診			休診	休診

木曜日・日曜日・祝日は休診日 **※ただし祝日を含む週の木曜日は診療日となります**

- 治療期間の希望あり ⇒ []]
1回の治療時間の希望あり ⇒ []]
希望Dr. 有 / 無 [] 先生]

以上です。ご記入ありがとうございました。