



問診票

フリガナ		生年月日	年齢
お名前		T・S・H・R 年 月 日	
住所	携帯電話番号	ご自宅電話番号	ご職業
〒 -			

何が一番気になりますか？（○をつけてください）

歯が痛い しみる 歯茎が腫れている 検診してほしい クリーニング希望
歯並びが気になる 歯ぎしりの相談 いびきの相談 ホワイトニング希望
顎の問題 入れ歯 口呼吸
その他（ ）

それはいつ頃からですか？

（ ）

医科へ通院中ですか？（○をつけてください）

いいえ はい （通院理由 病気の名前 ）

以前通っていたが今は通院していない

お薬を飲んでいますか？

いいえ はい （お薬手帳をお持ちでしたらスタッフに申し出てください。）

薬の名前がわかれば教えてください。（ ）

何かにアレルギーをお持ちですか？

いいえ はい （何に？ ）

最後に歯科を受診したのはいつですか？

（ ）

歯科治療を受けて具合が悪くなったことがありますか？

いいえ はい（どんな症状でしたか？ ）

家族構成を教えてください。

タバコは吸いますか？

いいえ はい (本/日 年前から)

禁煙予定はありますか？

いいえ はい

しようと思っているが難しい

(禁煙サポートに興味がありますか？ いいえ はい)

歯科治療はどんなイメージですか？

怖い 長くなりそう どうとも思わない 楽しい 大切

その他 ()

ご自身のお口の中、健康状態についてどうなりたいと考えますか？

当院に来院されるきっかけを教えてください。(複数回答可)

ホームページを見て ご紹介 () 前を通った

おもての黒板を見た 院内教室に参加した(どの会？)

Instagram・Facebook LINE ままこっと いちかわ便利帳 地域新聞

その他 ()