

〈問診票〉

No.

記入日 年 月 日

お名前 ※必須	フリガナ	生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別
				男・女
ご住所 〒 ※必須		電話番号 ※必須	ご自宅： ()	
			携帯番号：	
ご職業		メール アドレス		

1. どうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い つめものがとれた 入れ歯を作りたい 顎関節の痛みや異音
 定期検診 虫歯予防 その他【 】

2. 今までにかかった病気はありますか？

- ない ・ある→ 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃腸病 高血圧
 耳鼻科疾患 その他【 】

3. 現在何か薬を飲んでいますか？

- いいえ はい 薬の名前：【 】

4. 薬や食べ物などのアレルギー、麻酔で気分が悪くなるなどの経験はありますか？

- ない ・ある 薬、食べ物の種類：【 】
症状： 発疹がでる かゆくなる その他【 】

5. 歯を抜いたことがありますか？

- ない ・ある 乳歯 永久歯

6. その時、異常がありましたか？

- ない ・ある 血が止まらなかった 貧血を起こした 熱が出た 麻酔が効かなかった
 その他【 】

7. 【女性の方へ】現在妊娠中ですか？

- いいえ はい 妊娠【 】週目

8. 治療において重要視する点をお教えてください。（複数回答可）

- 丈夫さ（つめ物・かぶせ物・入れ歯などができるだけ長持ちすること）
 再発リスク（虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐこと）
 美しさ（きれいな歯並びや白い自然な歯にできること）
 噛む能力（自分の歯と同じように噛めること）
 安全性（アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全であること）



9. 予約についてのご希望があれば教えてください。

- 来院できる時間帯： 午前【 】時頃 午後【 】時頃
来院できる曜日： 月 火 水 金 土 日

10. 当院を知ったきっかけは何ですか？

- 知人の紹介【ご紹介者名： 】 広告 ホームページ 通りかかって



ようこう歯科

ご協力ありがとうございました。