

# 〈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. ご相談内容をご記入ください。

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. 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。