

問 診 票

かちどきこども・矯正歯科

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名： (男・女)
生年月日： 年 月 日(歳) 職業：
住所：〒 携帯 E-mail

1. 今日のご来院の目的は何ですか？（いくつでも結構です）

- ・むし歯がある ・歯が痛い ・歯がしみる ・つめたものがとれた ・歯が動く
- ・歯ぐきがはれている ・歯ぐきから血が出る ・口臭がある ・口内炎ができた
- ・歯並びを直したい ・歯のクリーニングをしてほしい ・ホワイトニング希望
- ・検査をしてほしい ・その他（ ）

2. 過去に次の病気にかかったことがありますか？（現在かかっている病気も）

- ・高血圧 ・糖尿病 ・心筋梗塞 ・脳梗塞 ・心臓疾患
- ・血液疾患 ・肺炎 ・結核 ・喘息 ・腎臓疾患
- ・肝炎(A型、B型、C型、他)・肝疾患 ・感染症 ・腫瘍（部位： ）
- ・その他（病名： ）
- ・特にない

3. 現在、通院している方は、病名、症状、かかりつけの医院名をお書きください。

病名：

医院名：

現在の症状：

また、現在服薬中の薬品名をお書きください。

()

2枚目もご記入をお願いいたします。→

4. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
- ・ある（その原因となった薬品、食べ物： _____）
 - ・ない
5. これまで歯科治療で麻酔を打たれたことはありますか？
またその麻酔で具合が悪くなったことはありますか？
- ・麻酔経験： ある ない
 - ・麻酔で具合が悪くなったことがある： ある ない
6. 通院にあたってご希望の曜日や時間帯がありますか？
- ・ある () 曜日 () 時頃
 - ・ない
7. その他、ご要望があればお聞かせください（痛くなりそうときは早めに麻酔してほしい、等）
8. 本院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）
- ・ホームページ ・Google ・Instagram ・紹介されて（ _____ 様から）
 - ・通りすがりに ・チラシ ・家族が通院している（ _____ 様） ・内覧会
 - ・電柱広告 ・その他（ _____ ）
9. 喫煙していますか？
- ・はい（1日 本）
 - ・いいえ
 - ・以前、吸っていた（ _____ 年前まで1日 本）
10. 現在、妊娠していますか？（婦人のみ）
- ・はい（ か月）
 - ・いいえ

ご記入、ありがとうございました