



Chica Family Dental Kids

ちかファミリー歯科 + Kids

年 月 日

No. _____

問診票

フリガナ		ご連絡先
お名前		自宅TEL :
		携帯TEL :
ご住所	〒	★ご予約日をメール(SMS)でお届けします
		<input type="checkbox"/> 配信を希望します 携帯番号 (- -)
生年月日	西暦 年 月 日生まれ ()歳	受付記入欄 <input type="checkbox"/>

★以下の質問の該当する項目にチェックマーク☑を入れ、必要事項をご記入ください

■今回はどうなさいましたか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い⇒・ズキズキ痛い・かみ合わせると痛い・痛んだり止んだりする・しみる(冷・温) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> むし歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 検査・定期検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> その他 ()
■当院を 何でお知りになりましたか？ ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 広告を見て(媒体の種類:) <input type="checkbox"/> ご家族や知人のご紹介⇒よろしければその方のお名前()様 <input type="checkbox"/> その他 ()
■同居している 12歳以下のお子さま	<input type="checkbox"/> ()人 (お子さまの年齢: 、 、 歳)
■歯を抜いたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒「ある」とお答えの方、そのとき異常はありませんでしたか？ <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった⇒・血が止まらなかった・熱が出た・貧血症状・痛みが長びいた <input type="checkbox"/> 歯科麻酔の経験がおりますか？ そのとき異常はありませんでしたか？ <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった
■内科的な病気はありますか？ ※治療内容に大きく関係しますので 正確にご記入ください	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒「ある」とお答えの方は、どのようなご病気でしょうか？ <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 感染症 肝炎・ウイルス性肝炎 (A・B・C・D・E) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他感染症 ()
■今飲まれているお薬や 特異体質・アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒お薬名 () *ご記入いただくかお薬手帳又は薬剤情報提供書をご提示ください。 <input type="checkbox"/> 特異体質・アレルギー(飲み薬・食べ物など)⇒ ()
■その他特別なことは ありませんか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ()ヶ月 <input type="checkbox"/> その他 ()
■生活習慣の状況	・歯ぎしりはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・喫煙習慣はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 喫煙習慣が「ある」とお答えの方、1日の喫煙本数は何本くらいですか？⇒()本くらい 喫煙を止めようと思ったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・その他 ()
■その他、気になることや治療に対するご希望・ご相談などがございましたら何でもご記入ください	