



# 問診票

年 月 日

No. \_\_\_\_\_

ちかファミリー歯科 + Kids

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	生まれ ( )歳
お名前							
ご住所	〒						
ご連絡先	自宅TEL :	携帯TEL :	★ご予約日をメール(SMS)でお届けします				

★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

<b>■ 今回はどうなさいましたか？</b> ※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 ( )
<b>■ 当院を</b> <b>何でお知りになりましたか？</b> ※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 ( )
<b>■ 同居している</b> <b>12歳以下のお子さま</b>	<input type="checkbox"/> ( ) 人 (お子さまの年齢: 、 、 歳)
<b>■ 歯を抜いたことが</b> <b>ありますか？</b>	<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
<b>■ 内科的な病気はありますか？</b> ※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 ( )
<b>■ 今飲まれているお薬や</b> <b>特異体質・アレルギーは</b> <b>ありますか？</b>	<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) ⇨ ( )
<b>■ その他特別なことは</b> <b>ありませんか？</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ( ) ヶ月 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>■ 生活習慣の状況</b>	・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 ( )
<b>■ 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</b>	

★頂いた個人情報は個人情報保護法に則り、厳重に保管されます。