

フリガナ _____

氏名 _____ (男・女) 大・昭・平・令 年 (西暦 年) 月 日生 歳

住所 〒 _____ 自宅Tel _____

_____ 携帯Tel _____

_____ 勤務先Tel _____ 職業 _____

* この問診票はより良い治療を行うための大切な資料となるものです。できる限り詳しくご記入下さい。

◇どうなさいましたか (気になることをいくつでも選んでください)	☐ 歯が痛い ☐ 歯肉が痛い・はれている ☐ あごが痛い ☐ 検診をしたい ☐ 治療が必要だと思う歯がある ☐ 歯がぐらぐらする ☐ 詰めものがとれた ☐ 歯肉から血がでる ☐ 歯石を取りたい ☐ 口臭が気になる ☐ 歯を入れたい ☐ 歯並びが気になる ☐ 歯を白くしたい ☐ 親知らずを抜きたい ☐ インプラント相談 ☐ その他()																																
◇歯を抜いたことはありますか	☐ ない ☐ ある(いつ頃)																																
◇歯を抜いたり麻酔をしたとき異常はありましたか ※ ☐ 歯科での麻酔の経験はない	☐ ない ☐ ある ☐ 麻酔が効きにくかった ☐ 麻酔をして気分が悪くなった ☐ 治療中や歯を抜いた時に気分が悪くなった ☐ 血が止まりにくかった ☐ その他()																																
◇顎関節症の既往歴はありますか	☐ ない ☐ ある ☐ 顎関節症ではないが、顎が気になる																																
◇食物や薬などでアレルギーはありますか	☐ ない ☐ ある ☐ 食物() ☐ 薬() ☐ その他()																																
◇今までに大きな病気をしたことがありますか	☐ ない ☐ ある ☐ 通院中 病院名() (科) ☐ 糖尿病(HbA1c) ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 高血圧(/) ☐ 骨粗しょう症 ☐ ちくのう症 ☐ リウマチ ☐ 肝臓病(A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎) ☐ その他()																																
◇薬は飲んでいますか	☐ いいえ ☐ はい 薬の名前()																																
◇妊娠または授乳していますか	☐ いいえ ☐ はい(妊娠 ヶ月) ☐ 可能性あり ☐ 授乳中																																
◇タバコを吸いますか	☐ いいえ ☐ 吸う(1日 本 年間) ☐ 以前吸っていた(1日 本 年間)																																
◇当院をお知りになられたのは	☐ ご紹介 家族・知人(様) ☐ 看板 ☐ 広告 ☐ 家が近い ☐ 勤務先が近い ☐ インターネット・ホームページ ☐ わかば歯科から転院 ☐ その他()																																
◇治療についてのご希望など	()																																
◇ご予約をお忘れ等で治療が中断した場合こちらから連絡をしてもよろしいですか※(複数回答可)	☐ いいえ ☐ はい ☐ 自宅Tel ☐ 携帯Tel ☐ 勤務先Tel ☐ ハガキ																																
◇ご来院のご都合のよい曜日・時間帯があればご記入ください ※ ☐ 特にはない	<table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00 以降</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								18:00 以降							
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
18:00 以降																																	

歯周病菌は家族間でうつる可能性が非常に高いです。
下総中山わかば第3 歯科ではご家族様も含めて予防に努めております。

◇家族構成をご記載ください。 ※差し支えなければ大丈夫です。	記載例：妻、子供2人（6歳、5歳）
---------------------------------------	-------------------

※ 記入していただいた情報は診療目的以外には使用することはありません。
※ 専門の歯科医師で診療・治療をいたしますので、途中で担当歯科医師が変わることがありますこと、予めご了承ください。

下総中山わかば第3 歯科