

フリガナ お名前	生年月日 (満 歳)	性別
	大・昭・平・令 年 月 日	男 ・ 女
ご住所 〒	電話番号	
	(携帯)	
	(ご自宅)	
勤務先(学校名)	ご職業	メールアドレス
		@

にチェック、または( )にご記入ください。

1	本日は どうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 相談 (インプラント・入れ歯・歯周病・ホワイトニング・口臭・歯並び) <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい・クリーニング <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い <input type="checkbox"/> その他( )
2	ご来院いただいた きっかけは何でしょうか (最も近い理由に1つ)	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介( )様 <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 自宅や会社から通いやすい場所 <input type="checkbox"/> その他のWeb広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> Googleの口コミを見て <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> その他( )
3	最後に歯医者へ 行ったのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 他の医院で (およそ 年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 当院で (およそ 年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど、期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて受診
4	その時の感想と治療を お聞かせください	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 説明がわかりやすかった <input type="checkbox"/> 治療の説明を十分にしてくれなかった <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容：( )
5	治療方法 について	<input type="checkbox"/> 現在、具合が悪い部分だけの処置を希望する(必要な検査を受けることは同意する) <input type="checkbox"/> 検査して他に悪いところがあれば、歯科医師と相談した上で診療を検討する
6	治療の中で重視する ことをお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 被せ物・詰め物・入れ歯などができるだけ長持ちすること(耐久性) <input type="checkbox"/> 自然に美しく見えること(審美性) <input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病の再発のリスクが低い事(再発リスク) <input type="checkbox"/> 天然の歯のように、違和感なく噛めること(機能性)
7	当院の治療について (複数回答可)	当院では以下の治療を行っております。興味のある治療にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> ポリン酸ホワイトニング <input type="checkbox"/> セラミック治療 <input type="checkbox"/> レーザー治療 <input type="checkbox"/> 快適な保険外の入歯 <input type="checkbox"/> インプラント(人工歯根) <input type="checkbox"/> 口臭治療 <input type="checkbox"/> 唾液検査と生活指導 <input type="checkbox"/> 子どもの歯並び <input type="checkbox"/> 口腔機能訓練

裏面に続きますので、あわせてご記入お願いいたします

## 全身の健康状態についてお聞かせください

※健康面を知った上で治療させていただきたいので、できるだけ正確に□にチェック、または( )にご記入ください

<b>1</b>	今までに次の病気になったことはありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ガン <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> 膠原病(リュウマチ等) <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>2</b>	現在の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 妊娠中(または可能性あり) <input type="checkbox"/> 他の医院(内科・外科)に通院している 病名( ) <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> その他( )
<b>3</b>	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> その他 )
<b>4</b>	麻酔をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった )
<b>5</b>	薬で体調が悪くなったことはありますか？ 常用薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 薬剤名 ) 常用薬 : ( )
<b>6</b>	喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない
<b>7</b>	輸血のご経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ある (いつ頃 ) <input type="checkbox"/> ない
<b>8</b>	妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい(妊娠 月) <input type="checkbox"/> いいえ

## 当院に対するご要望をお聞かせください

(例: 痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい) ※特に無ければご記入いただかなくてかまいません

ご予約が取りづらい場合もございますので、あらかじめご希望の通院日をお聞かせください。

通いやすい曜日、時間帯を○△×で記入してください

○ 通いやすい      △ 日によっては通える      × 通院困難

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:30				休み			休み
14:00~18:00 <small>最終受付 17:30</small>				休み			休み

「問診票のご記入の前に」をお読みになり、内容にご同意の方は下にお名前をお書きください

ご署名

---