

☐ LINE
☐ デンタルE

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日 (満 才)
氏名			男・女	西暦 年 月 日
現住所	〒 -			
Tel	携帯 自宅			
メールアドレス (予約日前日に確認のメールをお送りします)			@ gmail.com docomo.ne.jp yahoo.co.jp ezweb.ne.jp softbank.ne.jp outlook.com(jp)	
ご職業 (会社名・学校名など)				

本日はどうされましたか? ※複数選択可	☐ 定期検診希望 ☐ つめものが取れた ☐ 歯肉が痛い・腫れている ☐ しみる(冷たい・熱い) ☐ クリーニングを受けたい ☐ ホワイトニングをしたい ☐ 歯並びを治したい ☐ 入れ歯が合わない ☐ その他 () ☐ 歯が痛い→ 噛むと痛い・黙っていると痛い→いつから・どのあたりが痛いですか? ()
前回の歯科受診はいつ頃ですか?	☐ 他院 (歯科を 年 月頃)
当院を知ったきっかけを教えてください ※複数選択可	☐ 通りがかり ☐ 看板 ☐ 城下デジタルサイネージ ☐ ホームページ ☐ SNS(Instagram) ☐ Google検索 ☐ Googleマップ ☐ その他()
どのような治療を希望されますか?	☐ いま痛むところだけを治したい ☐ この機会に悪いところもすべて治したい
	☐ 保険の範囲内で治したい ☐ 良い治療なら保険外の治療も相談したい ☐ よくわからない ☐ その他 ()
内科的病気はありませんか? または過去にかかったことはありますか?	☐ ない ☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 脳の病気 ☐ ぜんそく ☐ 甲状腺の病気 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病 (A型・B型・C型・アルコール性肝炎) ☐ 腎臓病 ☐ 骨粗しょう症 ☐ その他 ()

服薬中の薬はありますか?	☐ ない ☐ ある（薬剤名: _____）
薬や食べ物などのアレルギー・特異体質など はありますか?	☐ ない ☐ ある（具体的に: _____） ※フッ素アレルギー ☐ ない ☐ ある
輸血したことはありますか?	☐ ない ☐ ある
女性の方へ	☐ 妊娠中（ _____ 週目） ☐ 授乳中
過去抜歯した際、何か異常はありましたか?	☐ なかった ☐ あった（具体的に: _____）
歯科で麻酔の経験はありますか?	☐ ない ☐ ある
麻酔した際、何か異常はありましたか?	☐ なかった ☐ あった（具体的に: _____）
他の医療機関からの紹介状を持っていますか?	☐ ない ☐ ある
普段お使いの歯ブラシ・歯磨き粉・歯間ブラシ・フロスの名前やサイズをご記入ください	歯ブラシ(_____) 歯磨き粉(_____) 歯間ブラシ(_____) フロス(_____)
喫煙について	☐ しない ☐ する（1日 _____ 本） ☐ 過去していた（ _____ 年前） ☐ 喫煙歴(_____ 年)
その他、要望等がありますか?	

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 ☐はい ☐いいえ

※お取りした資料は、医学発展のため学会等で使用することがあります。（プライベートを考慮し、本人を特定されることはありません。）ご承諾いただけない方はチェックを付けて下さい。 ☐

○当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報の取得・活用をするため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご協力いただきありがとうございました。