

診療を受けられる方へ

※尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

< 歯 >

- ・虫歯の治療がしたい
- ・つめた物が取れた

< 歯茎 >

- ・出血する
- ・腫れている
- ・痛い
- ・膿がでる

< 顎 >

- ・口が開かない
- ・音がする
- ・歯ぎしりをする
- ・痛い

< その他 >

- ・定期検診
- ・クリーニング
- ・インプラント
- ・抜歯をしたい
- ・歯並びを治したい
- ・入れ歯が合わない
- ・口臭が気になる

※その他上記以外 ()

2. 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある → 年前 ヶ月前)

3. 歯科で麻酔をしたことがありますか (ない・ある)

4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)

5. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)

6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (ない・ある →)

7. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある →)

8. 現在、体調はいかがですか (ない・よくない →)

9. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患
- ・肝臓疾患
- ・腎臓疾患
- ・胃腸疾患
- ・血液疾患
- ・高血圧
- ・低血圧
- ・糖尿病
- ・梅毒
- ・てんかん症
- ・リュウマチ
- ・その他 ()

10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

11. たばこは吸いますか (吸わない・以前吸っていた・吸う → 1日 本 年間)

12. 当院にお見えになったのは

- ・自宅や職場から近いため
- ・タウンページ
- ・看板
- ・以前来ていた
- ・ホームページ (・「石井歯科クリニック」名で検索
- ・その他検索 ())
- ・E-PARKを見た
- ・SNS (・Facebook
- ・Instagram
- ・Twitter
- ・YouTube
- ・LINE
- ・その他 ())
- ・紹介されてきた → ご紹介者 (様)

13. その他何かございましたら記入ください

()

記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
現住所	〒 -		
連絡先 電話番号	自宅		携帯電話

※携帯番号を記載いただきましたら、ショートメールにて予約確認メール配信致します。
ご不要な方はスタッフまでお申し付けください。