

えり歯科クリニック 問診票

記入日 月 日

ふりがな			性別	生年月日
氏名			男・女	T/S/H/R 年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先 電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	
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	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい(抜歯したい) <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> PMTC を受けたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> その他()
当院に来院されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある
当院を知ったきっかけを教えてください ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 医師からの紹介(病院の 先生) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS(LINE・Instagram) <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> Google マップ <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> その他()
前回の歯科受診はいつ頃ですか?	<input type="checkbox"/> 当院(年 月頃) <input type="checkbox"/> 他院(歯科を 年 月頃)
どのような治療を希望されますか? ※複数選択可	<input type="checkbox"/> いま痛むところだけを治したい <input type="checkbox"/> この機会に悪いところもすべて治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で直したい <input type="checkbox"/> 良い治療なら保険外の治療も相談したい <input type="checkbox"/> 一回の治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 多少長くても一度に多くの治療をしたい <input type="checkbox"/> よくわからない <input type="checkbox"/> その他()
次回以降の予約時間の希望について	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土/□午前 <input type="checkbox"/> 午後

次ページに続きます

内科的病気はありますか？または過去にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A型・B型・C型・アルコール性肝炎) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他()
服薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に()
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中(週目) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある
過去抜歯した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(具体的に:)
過去麻酔した際、何か異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(具体的に:)
歯磨きについて	歯磨きの時間帯: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> おやつ後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 使用する道具: <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他()
喫煙について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1日本) <input type="checkbox"/> 過去していた(年前)
よく飲むものについて	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他()
間食について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(規則正しい・不規則)
診療明細書について	診療明細書は必要ですか <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
その他、要望等はありますか？	

※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

ご協力いただきありがとうございました。