

問 診 票

ご記入日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	(男・女)	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 ()	☑ 日中のご連絡先に煩してください。 自宅 TEL
メールアドレス		携帯 TEL
お勤め先・ご職業	(イースト内 ・ 外)	会社 TEL

通院に際して、希望の時間帯や曜日・期間などのご希望があれば、ご記入ください ()

*当院ではお口全体を総合的に診て、患者様にとって最もよいと思われる治療を行うことを心がけております。診療に際して、患者様のご希望と行き違いが起きないためにも、できるだけ正確にご記入くださいます様、ご協力お願い致します。また、治療に関するご質問・ご相談等は担当医・スタッフに遠慮なくお尋ね下さい。

今お困りになっている事はなんですか？ いくつでも煩をつけてください。

歯が痛い	咬むと痛い	何もなくても痛い	親知らずが痛い
(冷たい・熱い)ものがしみる			
歯がかけた (前歯・奥歯)	(つめ物・かぶせ物)が取れた (前歯・奥歯・ブリッジ)		インプラントに興味がある
歯肉が痛い	歯肉がはれている	歯がぐらぐらする	予防治療に興味がある
歯石をとりたい	歯の着色をとりたい	ホワイトニングに興味がある	(つめ物・かぶせ物)を白くきれいにしたい
歯並びが気になっている	矯正治療に興味がある	入れ歯が(壊れた・合わない)	歯が無いところを治したい
その他 ()			

今まで歯科にかかったことはありますか？

ない あるいは (いつ頃 _____ 年前 どこで _____)

今まで歯科の治療で何か異常がでたことはありますか？

ない あるいは (麻酔をした時・抜歯をした時・その他 _____)

過去に大きな病気をされた、もしくは今治療中のご病気はありますか？

ない 心臓の病気 肝炎(A型・B型・C型) 腎臓の病気 糖尿 血液系の病気 甲状腺の病気 喘息
高血圧・低血圧 (/) 骨粗しょう症 その他 ()

現在、通院中の病院はありますか？

ない あるいは (病名 _____)

現在、お薬を飲んでいますか？ (骨粗しょう症の方は詳しくお書き下さい。)

ない あるいは (薬の名前 _____ ご病気は _____)

お薬、食品、その他で何かアレルギーはありますか？

ない あるいは ()

歯ぎしりはしますか？

しない する

たばこは吸われますか？

吸わない 吸う (一日 _____ 本位 _____ 年前から)

女性の方へ

妊娠していない 妊娠している 妊娠の可能性がある 授乳中

当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介で (様より) ホームページで 看板で 口コミで その他 ()

治療の内容についてお尋ね致します。

保険治療、自費治療を問わず、最良で快適と考えられる方法で治療を進めたい 自費治療とはどのようなものなのか話だけでも聞いてみたい
治療内容に制限があっても保険治療の範囲で治療を進めたい 今の段階ではよくわからない

ご協力ありがとうございました

イースト21デンタルオフィス