

 《問診表》

年 月 日

カルテNO:

この個人情報はカルテ作成など歯科治療に関する事のみで使用し他の目的には使用しません

フリガナ 名前	-----	性別	生年月日 (満 歳)
	(愛称 くん・ちゃん)	男・女	H・R 年 月 日
住所	〒	電話番号 携帯番号	父・母・祖父母 (出来るだけ携帯番号の記入をお願い致します。)

当院をお知りになった理由は？  
(あてはまる□にチェックしてください)

□紹介(知人: 様)(家族: 様)  
□ホームページ 何と検索されましたか? (例、守山市 歯科)  
【 】  
□住居が近いので □職場が近いので □前から知ってた □チラシ・内覧会

どうされましたか?

左上	前上	右上
左下	前下	右下

(当てはまる場所に○してください)

□検診 □学校検診 □むし歯 □着色 □口臭 □出来物  
□つめ物が取れた □歯が痛い(しみる、ズキズキする、腫れ)  
□歯がグラグラする  
□その他( ) 複数回答可

今までにかかった病気はありますか?

□特になし  
□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □喘息 □血液の病気  
□肝炎(A・B・C・E) □けいれん □てんかん  
□その他( )

服用中の薬はありますか?

□ない □ある 《 》

アレルギーはありますか?  
(薬や食べ物)

□ない □ある 《 》

今まで歯医者さんに行ったことがありますか?

□ない □ある( 歳頃)  
ある方→ □治療した □薬を塗った □フッ素・検診をした

あると答えた方、その時の様子はどうでしたか?

□上手にできた □泣いたけどできた □暴れた □押さえつけて治療した  
□嫌がってできなかった □その他( )

何か癖はありますか?

□特になし  
□指しゃぶり □爪を噛む □唇を噛む □唇を吸う □歯ぎしり □呼吸

以前に歯を抜いたことはありますか?

□ない □ある→その時異常はありましたか?(あるの方は当てはまるものに○して下さい)  
【特になし 気分が悪くなった 血が止まりにくかった 麻酔で泣いた その他】

フッ素塗布(保険治療内)

□希望する □希望しない □相談したい  
〔当院では約3か月に1回のフッ素塗布を推奨しております。〕

予約についての希望

□来院の時間は大体はいつでも都合がつく  
□来院の時間に希望がある 曜日 月 火 水 木 金 土  
午前 時頃 午後 時頃

今までの歯科治療で嫌なことがあったり、不安に思ってる事、ご希望があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。

おくむら歯科