

富安歯科 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先 電話番号	自宅	携帯	ご職業	

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"/> 歯を抜きたい(抜歯したい) <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"/> その他()
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 <input type="checkbox"/> その他()
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"/> よくわからない <input type="checkbox"/> その他()

通院中・治療中の病気はありますか？	<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:)
アレルギー・特異体質などがありますか？	<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
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"/> 電動歯ブラシ <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)
その他、要望等はあればご記入ください。	

ご協力いただきありがとうございました。