

カルテNo.

問診表

年 月 日

(お手数ですが診療に必要ですので正確にご記入ください)

フリガナ		男 女	生年月日 (満 歳)
お名前 (ニックネーム)			平成 年 月
ご住所	〒		お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()
学校名		E-mail	

以下、あてはまるものを○で囲んでください

今日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> かぶせ物、詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 定期健診を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
今までに歯科医院に通院された事 はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (最後に通院したのは 年 月ごろ)
以前に麻酔をして治療したことは ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
治療について ご希望はございますか	<input type="checkbox"/> 今痛い所だけ治療する <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療したい <input type="checkbox"/> 相談して治療範囲を決めたい <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、および過去において 大きな病気をした事がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ()
現在、服用中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ()
現在、医師 (内科、小児科) の 治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ()
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ()
当院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 紹介 (家族、知人 様) お分かりでしたらフルネームでご記入下さい <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> クチコミ

- 日常の歯磨きは 1日 () 回 () 分くらい あまりしていない
- 歯磨きは誰がしていますか 自分がしている 親がしている 仕上げ磨きを親がしている
- フロス (糸ようじ) は使っていますか はい ときどき していない
- フッ素のうがいしていますか はい ときどき していない
- ジュースや炭酸飲料、スポーツドリンクをよく飲みますか よく飲む ときどき飲む あまり飲まない 飲まない
- 甘いお菓子をよく食べますか よく食べる ときどき食べる あまり食べない 食べない
- おやつ時間は決まっていますか 決まっている だいたい決まっている 決まっていない

その他、知らせておいた方がよい事がございましたらご記入ください

()

ITO Family
Dental clinic