

問診票

初診の方はできるだけ正確にご記入ください

| | | | |
|--------------|-------|-------|---|
| ふりがな 氏名 | 様 男・女 | 大・昭・平 | 年 |
| 住所 〒 | | 月 日生 | 歳 |
| 勤務先 (学校名) | TEL | 紹介者 | |
| | TEL | | |

どうなさいましたか？

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い(すごく・時々・少し) | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた | <input type="checkbox"/> むし歯を治したい |
| <input type="checkbox"/> 詰めていた物がとれた | <input type="checkbox"/> 顎が痛い | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
| <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 抜歯したい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯の清掃・クリーニング | <input type="checkbox"/> ホワイトニング | <input type="checkbox"/> フッ素塗布 |
| <input type="checkbox"/> 定期検診 | <input type="checkbox"/> その他() | |

歯科で麻酔をしたり、歯を抜いたことがありますか？

- ない ある(麻酔・抜歯)

歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？

- ない ある()

血が止まりにくかった事がありますか？

- ない ある

薬や食物でアレルギー(じん麻疹ができたり気分が悪くなったり)を起こした事がありますか？

- ない ある(どんな薬・食物で)

今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか？

- ない ある
- ・高血圧(/) ・低血圧(/) ・心臓病 ・肝臓病
 - ・糖尿病(HbA1c) ・肝炎()型 ・アレルギー体質
 - ・その他()

※よろしければ具体的に病名をおしえてください()

かかりつけの病院名()

現在のお薬の服用は？

- ない あり(薬名:) ※またはお薬手帳を提出してください

女性の方へ

- 妊娠している(ヶ月) 妊娠の疑い 授乳中

その他ご希望や不明な点があればお書きください

※2枚目のアンケートにもご記入ください



アンケートにご協力ください

1. 本間歯科を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

- 以前、通院したことがある
- 家族・知人・友人からの紹介 (紹介者: _____ 様)
[紹介してくれた方には、粗品をお渡ししております]
- 他院からの紹介
- インターネットで (ホームページ・ブログ・岩見沢歯科医師会HP・その他の歯科検索サイト)
- 電話帳 (タウンページ等) で調べて メディカルガイドを見て
- いわみざわ暮らしの便利帳を見て 雑誌を見て
- 看板を見て 開院のお知らせチラシ・ハガキを見て
- その他 (_____)

2. 興味ある項目を選んでください(複数回答可)

- ホワイトニング (歯の漂白) 銀歯を白くしたい
- 保険外の前歯 (せとの歯) インプラント
- 入れ歯の抗菌コーティング 矯正治療 (歯並び)
- 歯周病治療 (保険適応) ブラッシング指導
- 口臭 保険外の入れ歯
- 顎関節症治療 マウスピース
- その他 (_____)

3. お口の中の菌を顕微鏡で見たいとおもいますか？

(顕微鏡検査に関しては無料で行っております)

- 思う 思わない 説明を聞いてから決めたい

※15歳以下のお子さんの方へ※

4. 歯っぴーキッズクラブの入会を希望しますか？

- 希望する 希望しない 説明を聞いてから決めたい

