

問 診 票

(ふりがな)：()	生年月日： 年 月 日
氏 名：	
・住所： 〒 —	電話番号：

※この記録は治療の参考になるものです。秘密は厳守します。できるだけ正確にお書きください。

・本日はどうなさいましたか。

痛い しみる はずれた かけた グラグラする 定期検診 歯並び
その他 ()

・いつからですか。

先程 今日 昨日 2～3日前 1週間前 数ヶ月前 食事中 その他 ()

・場所はどこですか。

右上 左上 右下 左下 上前歯 下前歯 舌 唇 あご 歯茎 入れ歯
その他 ()

・お口のお手入れについてお聞きします。歯磨きはいつ行いますか。

起床後 食後(朝・昼・夜) 就寝前

・一回の歯磨き時間は()分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用品を使用していますか。

フロス 歯間ブラシ その他 ()

・食生活で間食はされますか。

・睡眠時間は()時間

あまりしない 規則的 不規則

・現在治療中の病気はありますか。

・過去にかかった大きな病気はありますか。

なし あり () なし あり ()

・過去に麻酔をした時、異常があったことはありますか。

・前回、歯科にかかったのはいつ頃ですか。

なし あり 麻酔をしたことがない ()頃

・アレルギーはありますか。

なし あり ()

・女性の方にお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか。

いいえ はい→妊娠中 ヶ月 授乳中 産後 ヶ月

・治療内容について(複数回答可)

問題のある所は全て治したい 気になっている所だけ治したい

応急処置のみ メンテナンス

・治療の費用について

全て保険の範囲で治したい なるべく保険の範囲で治したい

最も良い素材と方法で治したい 相談の上治したい

・当医院をお知りになったきっかけは何ですか。

近所に住んでいる 知人・家族の紹介 ご紹介者様 () 街灯広告 職場に近い

ホームページ Eパーク クチコミサイト その他 ()

※予約日の前日にメールでお知らせいたします。よろしければメールアドレスをご記入ください。

@

※メールが届かない場合は@ doorlink.jp のドメイン解除をしていただくか、スタッフにお尋ねください。

ネット予約サイトよりLINEの登録も可能です。

当日の治療内容・次回の治療内容
や予算について記載した用紙を、
ご希望の方に発行しています。希
望される方はチェックをしてくだ
さい。→