



記入日 年 月 日

アクシア中野デンタルクリニック おとな問診票

※こちらは区民健診の問診票ではございません
 ※保険証の有効期限・記載内容に変更がないかご確認ください。
 ※オンライン予約やLINE友達登録をご希望の方は
 メールアドレスのご登録をお願いしております。

(ふりがな)

お名前 _____ ご職業 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

ご住所 〒 _____

メールアドレス _____ ご連絡先
 TEL _____

Q1.本日はどうされましたか？ □に✓をしてください。

- 歯の症状
 - 痛い・しみる (場所: _____ / 症状が出た時期: _____ から)
 - 詰め物・かぶせ物がとれた (場所: _____ / 症状が出た時期: _____ から)
 - 見た目が気になる (歯の色・着色・歯石)
 - その他 (_____)
- 歯ぐきの症状
 - 出血する 痛い 腫れている (場所: _____ / 症状が出た時期: _____ から)
- 顎の症状
 - 痛い 開きにくい 音がする
- 特に症状はないが、問題がないかチェックを受けたい その他 (_____)

Q2.今までの歯科受診経験について あてはまるところに○をしてください

- * 歯科麻酔 (注射) をしたことが (ある・なし)
- * 麻酔や治療後に体調不良をおこしたことが (ある・なし)

Q3.全身的なことについて

- * 持病・過去にかかったことがある病気があれば□に✓をしてください
- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎 ぜんそく 脳疾患
- 骨粗しょう症 甲状腺疾患 HIV その他 (_____)
- * かかりつけの病院があればご記入ください (_____)
- * 服用中のお薬・サプリメントがあればご記入ください (_____)
- * 薬や食べ物などにアレルギーがあればご記入ください (原因: _____ 症状: _____)
- * 現在の健康状態 (良好・やや不調・悪い・医科の病院で定期管理中)
- * (女性のみ) 現在妊娠中・授乳中ですか? (はい・いいえ)

Q4.当医院にご来院のきっかけを教えてください □に✓をしてください。

- 家族・知人のご紹介 (_____ 様より) 通勤・通学路にあり、通院しやすいから
- 公式HPまたはInstagramを見て 検索サイト (Googleなど) を見て

Q5.現在検討中の治療方法を教えてください □に✓をしてください

- すべて保険治療 相談しながら自費治療も検討したい
- ※患者様の治療方法の選択肢を広げるために、保険治療と自費治療の両方をご説明しております

**最後までご記入ありがとうございました！
 受付にお渡しください**



記入日 年 月 日
アクシア中野デンタルクリニック
こども問診票

※こちらは区民健診の問診票ではございません
 ※キッズクラブ入会に関するご相談は診療時にお伝えください
 ※オンライン予約やLINE友達登録をご希望の方は
 メールアドレスのご登録をお願いしております

(ふりがな)

お子様のお名前 _____ 愛称 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

幼/保/

学校名 _____ メールアドレス _____

ご連絡先

保護者のお名前 _____ TEL _____

ご住所 〒 _____ - _____

Q1.本日はどうされましたか？ に✓をしてください。

- 歯の症状 痛い・しみる (場所: _____ / 症状が出た時期: _____ から)
 - 見た目が気になる (歯の色・着色・歯石)
 - ぶつけた (受傷場所 _____ : / 受傷時期 _____)
 - 乳歯が抜けない 歯並び相談 その他 (_____)
- 歯ぐきの症状 出血する 痛い 腫れている (場所: _____ / 症状が出た時期: _____ から)
- 特に症状はないが、問題がないかチェックを受けたい 高濃度フッ素塗布希望 (※窓口負担あり)
- 健康診断で歯科受診するよう指示を受けた その他 (_____)

Q2.今までの歯科受診経験について あてはまるところに○をしてください

- * 歯科受診は (初めて・虫歯治療の経験がある・定期受診していた)
- * 歯科麻酔 (注射) をしたことが (ある・なし)
- * 麻酔や治療後に体調不良をおこしたことが (ある・なし)

Q3.全身的なことについて

- * 持病・過去にかかったことがある病気があればに✓をしてください
- 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎 ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患
- その他 (_____)
- * 服用中のお薬があればご記入ください (_____)
- * 薬や食べ物などにアレルギーがあればご記入ください (原因: _____ 症状: _____)
- * 現在の健康状態 (健康・風邪気味・医科の病院で定期管理中)
- * かかりつけの病院があればご記入ください (_____)

Q4.当医院にご来院のきっかけを教えてください

- 家族・知人のご紹介 (_____ 様より) 通勤・通学路にあり、通院しやすいから
- 公式HPまたはInstagramを見て 検索サイト (Googleなど) を見て

最後までご記入ありがとうございました！
受付にお渡しください
お子様はキッズルームでお待ちください