

ふりがな		身体上の性別	配偶者	未成年のお子様
氏 名		男 ・ 女	有 ・ 無	無 ・ 有 () 名 () 歳 / 男 ・ 女
※女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠している () 週目 <input type="checkbox"/> 授乳中 () ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊活中			
生年月日	西暦 年 月 日 () 歳			
住所	〒 -			
連絡先 ※必ず連絡の取れる 番号をお願いします	携 帯)			
	自 宅)			
	その他)			
メール				
ご職業	<input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 主婦(夫) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 本日はどうされましたか？（複数回答可）

- ☐ 定期検診
 ☐ 歯の予防
 ☐ 医療ホワイトニングを受けたい
☐ 歯が痛い
 ☐ 歯が染みる
 ☐ 詰め物・被せ物が取れた
 ☐ 歯が黒くなっている
☐ 歯茎が腫れている
 ☐ 歯茎にできものができている
 ☐ 抜歯と言われた（部位： ）
☐ 歯の欠損がある（部位： ）
 ☐ 親知らずの抜歯をしたい
 ☐ 入れ歯が合わない／造りたい
☐ 顎に症状がある
 ☐ セカンドオピニオン（何院ご相談に行われましたか？ ____ 院）
☐ その他（ ）

詳細をご記入ください。

いつ頃： _____ 部位： _____ 痛みの有無： 有 ・ 無

2. 過去の歯科医院にて、不快だったことなどはありますか？

☐ なし ☐ あり ()

3. 過去の歯科治療で異常（例：麻酔時や抜歯時など）はありましたか？

☐ なし ☐ あり（症状： ）

4. 治療において重視するものを3つお選びください。

☐ 審美的性
 ☐ 機能性・噛み合わせ
 ☐ 費用
 ☐ 回数・期間
 ☐ 長持ちする
 ☐ 痛み・怖さ
 ☐ 安全性
 ☐ 再発リスク

※期間の希望がある場合： 年 月 日まで

5. 治療のご希望について（複数回答可）

- ☐ 分かりうる健康上のリスクは教えてほしい
☐ 考えられる治療方法は聞きそこから検討し最良の治療を決めたい
☐ 同じことを繰り返さないようにしたい
☐ 痛みなど症状が出ている箇所以外にも問題がある場合は治したい
☐ 今だけ数年だけではなく、生涯健康に食事が楽しめるようにしてほしい
☐ 気になるところだけを希望

※恐れ入りますが裏面もご記入をお願いいたします

6. 歯に関して、ご自身が気をつけていることはありますか？

- ☐ フッ素濃度の高い歯磨き粉を使用 ☐ 歯磨きの時間を長めにしている（ 分） ☐ 歯磨きの回数（1日 回）
- ☐ 歯ブラシにこだわっている ☐ 電動歯ブラシを使用 ☐ 洗口液を使用 ☐ マウスピースを使用 ☐ フロスを使用
- ☐ 自分が虫歯タイプ・歯周病タイプ・噛み合わせ不良タイプなど理解している
- ☐ できるだけ歯の負担を考えて噛んでいる ☐ 定期検診は欠かさず受けている ☐ できるだけ良い治療を受けている
- ☐ 特に気をつけていない ☐ その他（ ）

7. アレルギーはありますか？

- ☐ なし ☐ あり（ありの場合は詳細を下記にご記入ください）
- ☐ 食事（ ） ☐ 金属（ ） ☐ お薬（ ） ☐ その他（ ）

8. 喫煙はなさいますか？（電子タバコも含む）

- ☐ いいえ ☐ はい：喫煙歴 年（ 本／日程度） ☐ 過去に吸っていた：禁煙歴 年（喫煙歴 年）

9. 普段の血圧について

- ☐ 高め ☐ 正常 ☐ 低め ※数値がわかる場合（ ／ mmHg）

10. 既往歴についてお伺いします。治療に影響する可能性があるので、治ったものも必ずお書き下さい。

- ☐ なし ☐ あり（ありの場合は下記にご記入ください）
- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ 喘息 ☐ 血液疾患
- ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 肝炎 ☐ 悪性腫瘍 ☐ その他（病名： ）
- <ある方にお聞きます> ☐ 通院中 ☐ 完治している 治療期間 年 月～ 年 月まで

11. 現在服用中のお薬・サプリメントはございますか？本日、お薬手帳などをお持ちですか？

- ☐ 服用なし ☐ 服用あり（薬の名前： ） ☐ 手帳なし ☐ 手帳あり

12. 健康上気をつけていることはありますか？

- ☐ 食事の頻度・量に気をつけている ☐ 飲酒の頻度・量に気をつけている ☐ 定期的に運動をしている
- ☐ 間食の頻度・量に気をつけている ☐ 食事の栄養バランスに気をつけている ☐ サプリを飲んでいる
- ☐ 健康食品（例：青汁）を摂取している ☐ 睡眠時間をしっかり確保している ☐ 趣味などでストレスを発散している
- ☐ タバコを吸わない ☐ その他（ ）

13. 当院をどのようにお知りになりましたか？（最初のきっかけ）

- ☐ ご紹介（紹介者様名： ） ☐ 公式ホームページ ☐ ポータルサイト（Google 等） ☐ SNS（Instagram等）
- ☐ 建物外観を見て ☐ 看板を見て ☐ その他（ ）

14. 来院を決められた理由は何でしょうか？（複数回答可）

- ☐ 専門的な分野が強いから ☐ 総合的な治療が可能だから ☐ 説明がしっかりしているから ☐ 症例が良かったから
- ☐ 料金が明確で安心できたから ☐ 安心感があったから ☐ 駅近だったから ☐ 駐輪場があるから
- ☐ 紹介されたから ☐ Googleの口コミが良かったから
- ☐ その他（ ）

問診票は以上になります、ありがとうございました