

アズ歯科 桶川院 問診表

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳) 男 / 女
〒 住所	連絡先 自宅 () 携帯 () 【携帯の番号にSMSで 予約確認メールが届きます。記入のご協力をお願いします】

ご家族が当院に来院されていますか 氏名 (続柄 :)

今後の診療の参考にするため、該当するところにチェックしてください

1.本日はどうされましたか？

- 歯が痛い
- 痛くはないが悪いところがある
- 歯茎がおかしい
- 詰め物/被せものが取れた
- 入れ歯の具合が悪い
- 歯石を取ってほしい(クリーニング希望)
- ホワイトニングしてほしい
- フッ素塗布してほしい
- 学校検診の用紙をもらった
- 矯正相談をしたい
- セカンドオピニオン
- その他()

2.(痛みや違和感がある方)いつごろからですか？

()

3.気になる場所はどこの部分ですか？

()

4.最後に歯科医院を受診されたのはいつ頃ですか

(頃)

5.今までにかかった病気はありますか

- はい
 - 心臓病 腎臓病 糖尿病
 - 高血圧 低血圧 骨粗しょう症
 - 肝臓病 (B型肝炎、 C型肝炎、 その他)
 - その他()
- いいえ

6.現在どこかの病院にかかっていますか

- はい(病名:)
(病院名:)
- いいえ

7.現在飲んでいる薬はありますか

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。

- はい(薬品名:)
- いいえ

8.食物やお薬によるアレルギーはありますか

- 異常はない
- 薬()
- 食べ物()
- その他()

9.あなたの現在の健康状態はどうか

- よい ふつう 風邪気味
- わるい(具体的に:)
- 妊娠中(月)
- 妊娠している可能性がある
- 授乳中(お子様 月)

10.タバコは吸いますか

- はい(1日平均 本)
- いいえ

11.診療についての希望や不安はありますか

- 保険の範囲内で治療してほしい
- 自費でもいいので白い詰め物・被せ物にしたい
- 歯並び・見た目が気になる
- 痛くしないでほしい
- 相談して決めたい
- その他()

12.ご来院のきっかけ

- ①チラシ
- ②当院のホームページをみて
- ③ご家族・知人からのご紹介や評判を聞いて
(お名前: 関係:)
- ④通りかかって見つけた、近所だから
- ⑤口コミをみて
- ⑥Instagramをみて
- ⑦その他()

～初めて来院される方へ～

当院では、患者様一人ひとりに対して総合的な治療を提供できるように全体的な検査(歯周病検査・口腔内写真・レントゲン撮影)をおこなっております。

今気になる所だけ治せば良い、という患者様にも必要な検査ですので、ご理解ご協力をお願いいたします。

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、診察室にお呼びする際に簡単に問診を実施させていただきます。

