問　診　票

年　月　日

フリガナ 氏 名		生年月日	平成　年　月　日 (　才)	男 女
住 所	〒			
自宅TEL	－　－	携帯TEL	－　－	
何を見てご来院されましたか	1. 看板　2. 紹介(家族・or [　]様)　3. (家が・職場が)近くだから			
4. タウンページ　5. インターネット:検索ワード (　) 6. その他 (　)				

当院での診療の参考に致しますので下記の質問にお答え下さい。
該当する□に☑チェックをつけて下さい。

今回はどうなさいましたか？

[　　]

現在、他の病院で治療をうけていますか？(歯科以外)

□ いいえ　□ はい　病院名 (　)
通院理由 (　)

現在、続けて飲んでいる薬はありますか？

□ いいえ　□ はい　薬品名 (　)

今までにかかった病気はありますか？

[　　]

アレルギーはありますか？

□ いいえ　□ はい　薬品名 (　)
物質名 (　)
□ 以前はあったが今はない

今までに歯の治療をうけたことはありますか？

□ ある　それは(　歳頃)
その時どうでしたか？　□ おとなしかった　□ 嫌がった　□ 泣いた
□ あばれた　□ おさえられて治療した
□ ない(初めて)

間食はしますか？

□ する　1日(　)回くらい　□ しない　主な間食物、飲み物(　)

間食の時間は決まっていますか？

□ 決まっている　□ 決まっていない

歯を磨きますか？

いつ？　□ 起床後　□ 朝食後　□ 昼食後　□ 夜食後　□ 就寝前
1回の時間は？　約(　)分
歯磨き粉は使用していますか？　□ 使う　商品名(　)
□ 使わない
歯ブラシ以外の清掃器具は？　□ フロス　□ 歯間ブラシ　□ その他(　)
□ 使わない

治療後の定期的な検診はご希望ですか？

□ はい　□ いいえ　□その時考える

草津いりえ歯科クリニック