

# 酒匂歯科 問診票

来院日	No.
ふりがな ご氏名	大 昭 平 令 西 暦      年   月   日生 ご連絡先                      -                      -
ご住所 〒                      -	

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛い（歯・歯ぐき） <input type="checkbox"/> 腫れた（歯ぐき・顔） <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯が取れた・割れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の不調・新製希望 <input type="checkbox"/> 親知らずの抜歯相談 <input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の掃除希望 <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニング相談 <input type="checkbox"/> 顎関節の不調 <input type="checkbox"/> その他（
当院にいられた きっかけについて	<input type="checkbox"/> 酒匂歯科ホームページ Googlemap Google検索 Yahoo!検索 <input type="checkbox"/> 通りがかり・近所だから <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある <input type="checkbox"/> 紹介・口コミ （ご紹介者様名：
以前もしくは 現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 健康で異常はない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他（
お薬を使っていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 薬（薬名
以前に歯を治療した 時の状態について	<input type="checkbox"/> 特になにもない <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> えずきやすい
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> アレルギーはない <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 食べ物（
妊娠について	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中（      週目） <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある
かかりつけの病院	病院                      科                      先生
治療の希望事項	<input type="checkbox"/> 保険の効く範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、自費の説明も少し聞きたい <input type="checkbox"/> 困っているところだけ治して欲しい <input type="checkbox"/> 悪いところがあればすべて治して欲しい <input type="checkbox"/> 予約を      曜日      時ごろにして欲しい <input type="checkbox"/> 笑気リラックス治療希望
歯磨きの回数と時間帯	1日      回 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
よく飲む飲料について	<input type="checkbox"/> お水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> コーヒー・紅茶 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース
間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 間食はしない
歯口清掃機材について	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス（糸ようじ） <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
たばこの習慣	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた

その他にか相談・ご希望事項がありましたらご記入ください。