問診票

令和　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	
お名前		男・女	明・大 昭・平	
ご住所	〒（　　－　　）　　府・県　　市			
電話番号		職業		

・本日はどうされましたか？○をつけてお答えください。（複数可）

ア　虫歯がある　イ　詰め物が取れた　ウ　歯の汚れが気になる　エ　痛い　オ　歯並びを治したい
カ　噛みにくい　キ　歯を白くしたい　ク　口臭が気になる　ケ　腫れている　コ　血が出る　サ　顎に異常がある
シ　その他（　　）

・気になるところははどのあたりで、いつからですか？

（　　）

・治療についてのご希望を○をつけてお答えください。

ア　見た目を綺麗にしたい　イ　咬めるようにしたい　ウ　長持ちするように治したい　エ　全体的に治してほしい

・現在もしくは過去に病気になったことがありますか？

ある（　　：　　歳頃）・ない

・通院中の病院はありますか？　ある（病院名：　　病院　主治医：　　科　　）・ない
・使用している薬はありますか？　ある（薬の名前：　　）・ない
※お薬手帳やお薬の説明の用紙をお持ちの方は、この紙と一緒に受付に提出してください。
・薬の使用で異常がありましたか？　ある（薬の名前：　　）・ない
・タバコは吸いますか？　吸う　　吸わない
・歯科治療で異常があったことはありますか？　ある（　　）・ない
・女性の方へ、妊娠または授乳していますか？

ア　妊娠している：予定日（　　月　　日）　イ　授乳している　ウ　していない

当院に来られるきっかけになったもの全てに○をつけてお答えください。

ア　ホームページ　イ　電車・バスのアナウンス　ウ　チラシ　エ　EPARK　オ　看板
カ　検索サイト（例：google 等　　）　検索ワード（例：矯正、虫歯等　　）
キ　御家族やお知り合いの方の紹介　（　　様）

・最後に歯医者に行ったのはいつ頃ですか？(　　頃)
・希望される歯科医師または衛生士はいますか？（　　）
・予約のご希望はありますか？　(第一希望：　　曜日　　時頃　第二希望：　　曜日　　時頃)
・当院を選んでいただいた理由や、治療についてのご要望、その他気になることがあればご記入ください

（　　）

当院では、個人情報の保護に関する法令を尊守し、情報を適正に取り扱うとともに安全管理に適切な処置を講じます。
個人情報は当院が責任をもって厳重に管理します

医療法人侑和会　まつむら歯科　　院長　松村和典