

|   | フリガナ<br>   |   |
|---|--|---|
| 問診表 Orchids Dental Clinic                         | 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( )歳<br>住所 〒  | Ş |
| 年 月 日   | 携帯番号: 自宅番号:  |   |
| *当院におみえになったのは                                     | <ul><li>□ 紹介されてきた ご紹介者名( )</li><li>□ HPをみて □雑誌 □ その他( )</li></ul>  |   |
| *本日はどうなさいましたか?                                    | <ul><li>□ 虫歯の治療をしたい □詰め物が取れた □検診をしてほしい</li><li>□ インプラント □ホワイトニング □歯の掃除をしてほしい</li><li>□ 歯並びが気になる □その他( )</li></ul>                |   |
| *歯医者はどのくらいぶりですか?                                  | <ul><li>□ 1ヵ月以内</li><li>□ 1年以上(</li><li>□ 1年以上(</li></ul>  |   |
| *気になる場所はどこですか?                                    | 右上 上前 左上 □歯 □舌 □歯肉<br>右下 下前 左下 □唇 □頬 □顎  |   |
| *痛みはありますか?  | □ ない □ある(ある方は下の質問もお答えください)  ・ 痛み方 □何もしなくても常に痛い □時々痛い □夜眠れなかった □食事をすると痛い  ・痛みの程度 □ズキズキと痛む □鈍痛 □噛むと痛い □冷たいものがしみる □温かいものがしみる □その他(  |   |
| *以前に麻酔をした時に                                       |  |   |
| 異常はありませんでしたか?      *アレルギーはありますか?      (食べ物・お薬・金属) | □ 異常があった( ) □ ない □ ある ( )  |   |
| *現在のお体の状態   | □ 糖尿病       □高血圧病       □呼吸器疾患       □心血管疾患         □ 肝炎       □ H.I.V         □ 妊娠中( カ月)       □授乳中( カ月)         □ その他(       ) |   |
| *お薬を飲んでいますか?                                      | □ いいえ □はい( )<br>※お薬手帳をお持ち方は問診票と一緒にご提出お願いします。   |   |
| *歯磨きについて  | ・ 1日( )回 ・1回( )分くらい<br>□ 朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前  |   |
| *よく飲む飲料は何ですか?                                     | □ 炭酸飲料 □ジュース □お茶 □コーヒー □ その他( )  |   |
| *間食(おやつ)の時間                                       | □ 不規則 □規則的 □あまりしない   |   |
| *歯磨きの際使用するもの                                      | □ 歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ □その他(   | ) |
| *タバコは吸いますか?                                       | □ 吸わない □吸う 1日約( )本 □過去に吸っていた   |   |
| *睡眠時間はどのくらいですか?                                   | 約(  )時間  |   |
| *歯磨き方法を習った事はありますか?                                | □ ある □ない   |   |
| *マイナ保険証による診療情報取得に<br>同意いただけますか?                   | □ はい □いいえ  |   |