

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
お名前		男 女	平 ・ 令 年 月 日	歳
現住所	〒 ー □市内 市 区 町 村		電話： () 携帯： () 携帯電話を登録いただきますと、予約の前日に確認ショートメールが届きます。ぜひご登録ください	
学校名				
家族構成	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 (人) ・ その他()			
当院を知ったきっかけ	□知人からの紹介 ご紹介者 (様) □医院を直接見て □インターネット □その他 ()			

日本における歯科治療の8割は「やり直しの治療」と言われています。悪くなった原因を改善せずに「痛みを取る」「削って詰める」という最低限の対症療法では、負の連鎖が繰り返され歯の状態は次第に悪化していきます。

当院ではできる限り患者様のお身体の状態やご希望を事前に把握し、一人一人に合わせた最善の治療と予防歯科を提供する事を心がけています。

そのためお手数ですが以下の問診票にお答えください。なお、個人情報につきましては当院にて厳密に管理いたします。

どうしましたか？ (複数回答可)	☐ 歯・歯茎が痛い 【弱 1・2・3・4・5 強】 ←痛みのレベルに○をしてください。 ☐ 詰め物が取れた ☐ 虫歯がある ☐ 検診して欲しい ☐ 歯のクリーニング ☐ 歯並びの相談 ☐ 虫歯予防 ☐ 口臭が気になる ☐ その他【 _____ 】
次の病気に かったことは	☐ 心臓病 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 胃腸 ☐ 中耳炎 ☐ 喘息 ☐ アレルギー() ☐ その他()
飲んでいるお薬は	☐ ない ☐ ある ※後ほど詳しくお聞きします
歯の治療・麻酔・ 抜歯・薬で 具合を悪くしたことが	☐ ない ☐ ある [_____]
歯磨きの習慣	1日 _____ 回（朝 _____ 昼 _____ 夜 _____） 歯磨き粉の使用： ☐ ない ☐ ある （商品名： _____） 保護者の仕上げ： ☐ ない ☐ ある フッ素の使用 ： ☐ ない ☐ ある （商品名： _____）
予防歯科について	☐ 治療だけでよい 予防は必要ない ☐ 行いたい → ☐ 歯磨き練習 ☐ セルフケア用品の処方 ☐ クリーニング _____ ☐ フッ素塗布 ☐ 定期的なメンテナンス 複数選択可
間食について	1日 _____ 回くらい 好きな物（ _____ ）
よく飲むものは	☐ 母乳 ☐ 牛乳 ☐ お茶 ☐ スポーツドリンク ☐ ジュース ☐ その他（ _____ ）
気になる癖は	☐ ない ☐ ある ☐ 指しゃぶり ☐ 爪を噛む ☐ 唇を噛む ☐ はぎしり ☐ くちが開いている ☐ その他（ _____ ）
予約時間について	☐ いつでも可 ☐ 来られる時間が限られる → （ _____ ）
ご要望はありますか？	