



DENTAL OFFICE
AOBADAI

年 月 日

フリガナ

氏名: _____ 様

生年月日: 西暦 年 月 日 (歳) 男性 女性 free

住所: 〒 _____

電話番号: (ご自宅) _____ (携帯電話) _____

mail: _____ @ _____

・診察券アプリをご希望されますか? はい いいえ 診察券 必要 不要

ご紹介様: _____ 様

ご来院方法: _____ 通院時間 _____ 分

お車 電車 バス 徒歩

■個人情報の保護に関する法令およびその他の規範を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。

■次のいずれかに該当する場合を除き、個人情報を第三者に開示いたしません。

・法令に基づき開示することが必要である場合 ・国などの行政から要求があった場合 ・患者様了承のご家族への病状説明

・診療費請求等の事務 ・業務委託先、請負先との連携 ・診療のために外部の機関や医師に意見、助言を求める場合

・他の医療機関からの照会や問い合わせ ・その他、患者様への医療提供に関する利用

■学会発表などにおいて個人を特定できない範囲で資料を使用することがあります。希望されない方はお申し付けください。

初診問診票

No.

氏名

はい いいえ

(1) 歯科治療は初めてですか？

「いいえ」とお答えになった方

① 前回歯科医院に来院されたのはいつ頃ですか？ ()

② その時の処置はどのようなものでしたか？ ()

(2) 現在お困りのことをお伺いします。

痛み 被せ物 歯茎 歯が揺れる 顎 噛み合わせ 歯の色 歯の形 口臭 歯並び

症状についてご記入ください

(3) 治療内容のご希望についてお伺いします。

- 将来的なリスクも含め悪いところは全部治したい
- 困っている部分以外の治療については相談して決めたい
- 現在困っている部分のみ解決したい

(4) 全身疾患についてお伺いします。

- ① タバコを吸いますか？ はい いいえ () 本/日
- ② 今までにお薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？ はい いいえ
- ③ 定期的な健康診断を受けていますか？ はい いいえ
- ④ 健康診断などで再検査を受けたり、異常値がでたりしたことはありますか？ はい いいえ
- ⑤ 現在、定期的にお薬を飲んでいますか？ はい いいえ
- ⑥ 少しの傷でも出血が止まらなかったことはありますか？ はい いいえ
- ⑦ 痛みにとても弱いと感じますか？ はい いいえ
- ⑧ 現在の歯並びが気になりますか？ はい いいえ

⑨ 次の病気にかかったことがあるものに✓をご記入ください。

- 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 喘息
- 脳卒中 胃腸病 甲状腺病 自律神経失調症 骨粗鬆症

⑩ 上記以外の病気にかかったことがあればご記入ください。 病名()

⑪ 女性のみ：現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

※ 今後治療期間中に妊娠された方、妊娠したと思われる方は事前にお申し出ください

裏面もご記入ください。

