

問診票

来院日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和			
氏名				年 月 日 歳			
住所	〒 ー						
自宅 TEL	() ー	携帯 TEL	ー ー				
※万が一ご予約の時間に来院されない場合、こちらからお電話を差し上げる可能性がございます							
メール							
※個人情報保護法に基づきご利用させていただきます(「個人情報取り扱いについて」裏面参照)							
職業	会社員・公務員・自営業・パート/アルバイト・学生・主婦・無職・その他()						

今まで大きな病気をされたことはありますか？	☐ ない ☐ ある 病名() 医院名()
現在治療中の病気はありますか？	☐ ない ☐ ある 病名() 医院名()
全身疾患はありますか？	☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ HIV ☐ がん ☐ 骨粗鬆症 ☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患(狭心症/心筋梗塞/心不全/不整脈/心臓弁膜症/先天性心疾患) ☐ 脳血管疾患(脳梗塞など) ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓疾患(人工透析中) ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝臓疾患 ☐ 甲状腺疾患 ☐ てんかん ☐ その他()
現在服用している薬はありますか？	☐ ない ☐ ある (薬名)
薬の副作用やアレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある (薬名)
麻酔で気分が悪くなったことはありますか？	☐ ない ☐ ある
タバコは吸いますか？	☐ 吸わない ☐ 吸う (1日 本)
妊婦の可能性はありますか？	☐ ない ☐ ある (妊娠 ヶ月)
当院をどのように知りましたか？	☐ ホームページ ☐ E パーク歯科 ☐ インスタグラム ☐ 看板 ☐ クチコミ ☐ 家族が来ている【 様】 ☐ とりあえず来院 ☐ ご紹介【ご紹介者様 様】
当院を選んで頂けた理由	☐ 住居が近い ☐ 職場が近い ☐ とりあえず来てみた
同居されている 12 歳以下のお子様	【 人】、ご年齢【 】
① 歯が痛い・しみる ② 詰め物・被せ物が取れた ③ はぐきが腫れているところがある ④ はぐきから出血・嫌な匂いがする ⑤ 歯が黒い・穴が空いている ⑥ 親知らずが気になる ⑦ 歯のないところが気になる ⑧ 歯並びが気になる ⑨ 歯石・着色を取って欲しい ⑩ その他【 】	右上 右下 上前 下前 左上 左下

※裏面もご記入お願いいたします

治療に関するアンケート

治療に対するご希望について伺います		※複数回答可	
☐ 治療が必要な歯があれば全て治療したい		☐ 症状のある歯の治療だけで良い	
☐ 転勤・引越しなどで____月までに治療を終えたい		☐ 休憩しながら治療していきたい	
☐ 多少時間が長くても一度に多くの治療をして欲しい		☐ 1回の治療時間を短くしてほしい	
☐ 相談して決めたい		☐ その他 【	】

治療内容についてお伺いします
☐ とにかく治療費が少ないことが重要
☐ 費用は少ない方がいいが、保険治療と自費治療の違いの説明を受けた上で治療方法を検討したい
☐ 保険・自費治療、費用を問わず自分の状態に合った 最善の治療 を提案して欲しい
☐ 現状維持を希望したい

今まで歯科に行かれたことはありますか？
☐ない ☐覚えていない ☐ある（医院名： ） 最後に歯科医院を受診された時期（ ）前、治療内容（ ） ※転院して来られた場合は可能であれば理由を教えてください。 ☐今までの歯科で不満はなかった ☐今までの歯科で不満があった ☐怖かった ☐治療に不満 ☐説明不足 ☐痛かった ☐予約が取りづらい ☐その他（ ）

当院では審美的治療や全顎的治療を行っております。次の項目で興味のあるものがあれば、チェックを付けてください。 ☐セラミック(白い詰め物・被せ物) ☐インプラント ☐矯正 ☐マウスピース矯正 ☐子供矯正(マイオブレース矯正) ☐歯磨き方法 ☐歯ブラシの選び方 ☐予防 ☐ホワイトニング
--

当院は完全予防型歯医者です。その実現のためには、みなさまのご協力が必要です。

当院を受診される場合は、以下の項目に同意していただく必要があります。

① “むし歯ゼロ”を目指すためできる範囲で協力します。そのため定期的なメンテナンスを受けます。(通常数か月に1回)

② 当院に通うすべての方のために、予約時間を守ります。

☐同意します ☐同意しません ※必ずどちらかにチェックをお願いします

最後に SNS について、チェックを付けてください。
当院では、お子様の治療の様子や歯医者さんデビューの記念などを Instagram 等に掲載しています。 お子様のお名前等、個人が特定できないようスタンプ等で加工しプライバシーには徹底的に配慮致します。 掲載にご協力いただける場合はチェックをお願いします。 ☐ 掲載に同意する(顔を隠してほしい) ☐ 掲載に同意する(顔も掲載して OK) ☐ 掲載は希望しない

※個人情報取り扱いについて

かすたに歯科・矯正歯科医院では、お預かりした個人情報について適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

ご記入ありがとうございます。