

アップル歯科 問診票

(フリガナ) お名前	男 女	大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢 才
自宅住所 〒				
自宅電話 ()		携帯電話 ()		
メールアドレス (予約の確認及び変更などのご連絡に使用させていただきます) ①. はい ②. いいえ @				
世帯主名 (又は保護者)	続柄	職業	連絡先	
会社名・学校名		職業 1. 会社員 2. 自営業 3. 学生 4. 主婦 5. その他		
通院に便利な曜日と時間帯		曜日 時頃		

① 今日はどうされましたか? (簡単に結構です)

症状
部位 (○をうってください)

1. 前歯 上 下 2. 奥 右上 左上 右下 左下

いつ頃から

歯 1. 歯が痛い 2. 歯がしみる 3. 金属がとれた (とれたもの 1. ある 2. ない) 4. 歯がかけた 5. 親しらずを抜きたい

歯ぐき 6. 歯ぐきが腫れた 7. 歯ぐきが痛む 8. 歯がぐらぐらする

義歯 9. 入れ歯が合わない 10. 入れ歯を新しくつくりたい

検診 11. 歯のそうじ、歯垢とり希望 12. 検診希望 13. ホワイトニングの相談

その他 14. 矯正治療相談 15. 白い歯の相談 (自費) 16. インプラントの相談 17. その他

② 当院をどのように知りましたか?

1. 看板をみて A. 歯科医院の看板 B. 駅の看板 C. 電柱の看板
2. 電話帳をみて
3. インターネットをみて (ホームページ/フェイスブック)
4. 知り合いからの紹介で (紹介していただいた人のお名前)
5. 評判をききつけて
6. 医療機関からの紹介 (歯科医院)

③ 最近まで通っていた歯科医院

医院名

④ 当院までの通院手段は?

1. 車で 約 分 2. 徒歩で 約 分
3. 自転車で 約 分 4. 電車で 約 分

⑤ お薬(麻酔も含む)・食べ物・アクセサリーのアレルギーはありますか?

1. はい わかれば、アレルギーをおこすお薬の名前を教えてください ()
2. いいえ

⑥ 本日の健康状態はいかがですか?

1. 良好 2. 普通 3. 体調不良

⑦ お体のどこが悪い所はありますか? (現病歴又は過去にかかっていた病気)

1. 高血圧 2. 心臓病や血管の病気
3. 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎・脂肪肝)
4. 糖尿病 5. 肝臓病
6. 貧血 7. ぜんそく
8. その他 ()

1~8に該当する方
・ 通院歴の有無 1. ある 2. ない
・ 定期検診(年1回)を受けていますか?
1. はい 2. いいえ

⑧ 現在、服用しているお薬はありますか?

1. はい ()
2. いいえ

⑨ 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性・予定はありますか?

1. はい (ヶ月) 2. いいえ
その他. 授乳中

⑩ 治療に対する希望

1. なるべく治療回数を少なくして欲しい (1回あたりの治療時間はかかってもよい)
2. なるべく治療期間を短くして欲しい (具体的に ヶ月ぐらい)
3. 回数がかかってもいいので全体をしっかりと治したい
4. どちらともいえない

⑪ 治療の説明に対する希望

1. わかりやすい言葉で簡単に説明して欲しい
2. くわしく、丁寧に説明して欲しい
3. どちらともいえない

⑫ 次の項目の中で興味があるものがあれば、○を付けて下さい

1. 自費の白い歯 (メタルボンド・オールセラミック)
2. インプラント
3. 歯の漂白 (ホワイトニング)
4. PMTC (歯科衛生士による保険適用外の歯のお掃除、たばこのヤニとり・茶渋とり)
5. 歯ならびの相談 (歯列矯正)
6. 歯科衛生士による、正しい歯の磨き方の指導
7. 虫歯予防 (虫歯菌の検査と3DS)

⑬ 歯科医師に歯のことで何か相談したいことがあればお書き下さい。

ご回答ありがとうございました。
治療をすすめる上で参考にさせていただきます。

医療法人颯真会



アップル歯科
Apple Dental Clinic