

問診票(13歳~成人)

1/2 ページ
記入日： 年 月 日

当院は、お子さまの健康を守るために正しい知識と習慣を家族で身につけるための
定期管理型予防歯科です。

むし歯予防や悪い歯並びの予防に必要な知識とご自宅でのケアを家族で学んでいただき、
定期的なメンテナンスで お口と体を健康に成長させるプログラムを行っております。

フリガナ
お名前

(男・女)

生年月日

西暦

年齢

年

月

日

歳

ご住所 〒

携帯TEL

自宅TEL

ご職業(学校・勤務先名) ・ 職種

正社員・パート・主婦・学生

家族構成(一緒に住まわれている方)

本人 ・ 配偶者 ・ 子ども()人：年齢() ・ その他()

当てはまる箇所に☑をつけてください。

当院を知ったきっかけについて(複数選択可)

- 紹介(紹介者名：)
- 家族(家族氏名：)
- セミナーに参加して(講座名：)
- 近所に住んでいるため
- 医院の前を通りかかって
- 口コミを聞いて
- 保育園・幼稚園(園名：)
- 学校(学校名：)
- ネット検索をして ホームページ
(キーワード：)
- その他()

来院された理由について(複数選択可)

- お口を調べたい・ケア方法を知りたい
- むし歯や歯周病の定期管理予防をしたい
- 歯並びを良くしたい
- 気になるところがある
(詳細：)

右上奥	上前歯	左上奥
右下奥	下前歯	左下奥

過去の歯科通院について

- 歯科は初めて 食事指導を受けた事がある
- 検診・メンテナンスをしたことがある
(頻度：)
- 治療をしたことがある
(治療内容：)
- 麻酔の注射をしたことがある
(異常なし ・ 症状あり)
- 抜歯の経験がある
- 過去に歯科医院で感じられた不満がある
(詳細：)
- 最後に歯科医院に行かれたのは
いつ頃ですか(年 ヶ月前)

治療が必要となった場合

- 健康保険の範囲内で治療したい
- 保険外でも最上の治療を行いたい
- 治療の際は必ず麻酔をしてほしい
- 治療を進めてみて痛みを感じたら検討する
- 痛みがあっても極力麻酔はしたくない

嗜好品の有無について

- 喫煙(あり 1日 本・なし)
- 飲料(ワイン・コーヒー・紅茶)

ひらの歯科
クリニック
HIRANO DENTAL CLINIC

問診票(13歳~成人)



ひらの歯科
クリニック
hirano dental clinic

2 / 2 ページ

当てはまる箇所に☑をつけてください。

歯について

- 歯ぎしり・食いしばりがある
- 歯磨きの回数(1日 回 朝・昼・夜)
- 歯磨きをしないで寝てしまうことがある
- 使用している歯ブラシの種類(手動・電動)
(メーカー:)
- 使用している歯磨き粉の種類
(メーカー:)
- 歯ブラシ・歯磨き粉以外のケアアイテム
(フロス ・ 歯間ブラシ ・ 洗口剤)

現在のお身体について

- 治療中のご病気がある
(病院名:)
(病名:)
- お薬を飲んでいる **お薬手帳をご提示ください**
(薬品名:)
- アレルギーがある
薬品:)
食品名:)
- 妊娠の可能性がある・している
(予定日 年 月)

お身体の状態について これまでかかったことのあるものに☑をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 肝炎 (B型・C型・その他) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 潰瘍(胃・十二指腸) |
| <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(がん) (がん) |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 出血が止まりにくい |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

当院のポリシー・注意事項について ※必ずご確認ください

- 当院では、むし歯や歯周病・不正歯列などの原因を調べ定期的に観察することで、今後のリスクを最小限に抑えることを目的としています。お子さまの健全な成長を支えることや、ご家族の皆さまが一生ご自分の歯で健康な生活を送っていただくことを目的とする、定期管理型予防歯科です。
- 予約の変更・キャンセルは原則前日までに電話連絡をお願いいたします。
遅刻・変更・キャンセルが3回以上続いた場合、別紙キャンセルポリシーに則り予約の制限がかかる場合がございます。
- 待合室やキッズコーナーでのお子さまの怪我及び事故・患者様同士でのトラブルについては当院では責任を負いかねますのでご了承ください。
- 当院では2歳から1人で椅子に座り、自立して診療を受ける練習を行います。
保護者の方は極力見守っていただきますようお願いいたします。
どうしても離れられない場合は、保護者の方に待合室でお待ちいただいております。
- 口腔内・骨格の記録を残す為、お写真を撮影してもよろしいですか。(はい・いいえ)

通院日時希望表（小杉）

★当院へご通院いただくにあたり皆様へお願い

ご通院希望日時のご記入をお願いいたします。上記を把握することで、

ご希望に沿った日時のご提案や定期的かつ

継続的な通院が可能な環境を整えていきます。ご協力お願いいたします。

※必ずしもご希望に沿ったご提案ができるわけではありません。ご理解のほどお願いいたします。

●通院するにあたって通院ができる曜日や時間帯を○×で教えてください。

※細かくご指定がありましたら、10:00～12:00のようにご記入ください。

※本人のみor保護者同伴などもご記入ください。

●産休や育休中・予定のある方

産休・育休予定： 年 月～ 年 月まで

復 帰 予 定： 年 月

※お仕事復帰後に再度ご記入をお願いする場合がございます。

●シフト制の方→シフト確定日：大体 日ごろ

※希望休：有・無

	月	火	水	木	金	土	日
AM 9:30～ 12:30				×			
PM① 14:30～ 16:00				×		9:00～ 13:30 最終受付	9:00～ 13:30 最終受付
PM② 16:00～				×		×	×
PM③ 17:00～ 18:00 最終受付				×		×	×