

問診票

記入日 20 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 才

住 所 〒

☎ 自宅 _____ 携帯 _____ 会社 _____

- 1、この度はどうなさいましたか。また、ご希望される事をご記入ください
(_____)
- 2、お口のお手入れについて _____ ・歯磨きをする時は 起床後 朝食後 昼食後 就寝前
・一回の時間は (_____) 分くらい
・歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他 (_____)
- 3、喫煙習慣 なし あり (喫煙歴 _____ 一日の本数 _____)
- 4、睡眠時間 約 (_____) 時間
- 5、食生活習慣について _____ ・習慣的飲料物 なし あり (_____)
・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない
- 6、現在身体的に異常はありますか。また、お薬を飲んでいますか いいえ あり
心臓病 肝炎 糖尿病 高血圧症
その他 (_____)
(薬名: _____)
- 7、薬、金属などのアレルギーはありますか なし あり (_____)
- 8、セレックによる治療をご希望ですか はい いいえ わからない
- 9、妊娠の場合は状況をご記入ください (_____ 週目・出産予定 _____ 月)
- 10、当院をどのようにしてお知りになりましたか
看板 インターネット(検索方法、サイト名 _____)
紹介(ご紹介者名 _____) その他 (_____)
- 11、何かご質問、ご要望等お気軽にご記入ください

West 4 Dental Clinic