問診票

16歳以上

初診　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	男 女	明・大・昭・平 年　　月　　日生	年齢　　歳
住所	〒		TEL
勤務先	〒 品川シーサイドフォレスト内・外		TEL
緊急連絡先	診療内容にて急なご連絡を差し上げる場合がありますのでご了承とご理解をお願いいたします TEL		
職業・職種		E-mailアドレス	
来院された理由 現在困っていること	□痛い（右上/右下/左上/左下）　□親知らず　□あごの関節　□どこが痛いかわからない □しみるところがある（ 温 / 冷 ）　□歯がぐらぐらする　□噛み合わせがよくない □つめもの、冠が外れた（あり/なし）　□欠けたところがある（前歯/右上/右下/左上/左下） □インプラントの相談（　　）　□歯肉から血や膿が出る □歯並びの相談　□歯石がついている　□歯肉が痛い、腫れてる □漂白相談（歯を白くしたい　□その他（　　）		
歯科にかかったことがありますか	□今まで全然ない □ある　・いつ頃（　　年　　月頃） ・どこで（　　） ・どこの部位（右上／右下／左上／左下）		
歯科治療時に異常はありませんでしたか	□ない　□麻酔時の異常　□血が止まりにくい □気分が悪くなった　□その他（　　）		
薬はのんでいますか	□いない　□いる（病名　　）		
次の病気がありますか	□ない　□心臓　□腎臓　□肝炎（Ａ型/Ｂ型/Ｃ型/ほか） □高血圧・低血圧　□結核　□関節炎　□リュウマチ熱　□糖尿 □いつも鼻血がでる　□その他（　　）		
アレルギーがありますか	□ある　□薬物（薬名　　）　□抗生物質（薬名　　） □ない　□食品（品名　　）　□歯科の麻酔注射		
女性の方に妊娠はしていますか	□ない □妊娠中（出産予定日　　年　　月　　日）		
かかりつけの内科医	医院名：		
治療に対する希望は	□悪いところは説明を聞き全て治療をしたい　□とりあえず痛いところだけでよい □歯のクリーニングを希望する　□その他（　　）		
治療期間の制限は	□ない　□ある（　　年　　月　　日まで）		
予約の曜日・時間の希望は	□ない　□ある（曜日：月／火／水／木／金／土　時間：　　）		
当院をお知りになったのは	□看板　□電話張　□本・雑誌　□インターネット □紹介（紹介者　　様）　□その他（　　）		

◆　リコールシステムのご紹介　◆

品川シーサイド歯科

当院では、歯と口の健康を維持するため、守るために、定期的な検診システム（リコール）を実施しています。
ご希望の方にはこちらからご通知いたします。

□ リコールしてほしい（ハガキ）　□ 封書でリコールしてほしい　□ 必要ない