



ラウムデンタルクリニック問診票

※可能な限り、全ての項目のご記入をお願いします。

カルテNo. _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

カナ			(〒 -)	生 年 月 日	西曆 大・昭 平・令	年 月 日	性別 男・女
名前	住所						
連絡先	自宅TEL	携帯電話	メールアドレス	ezweb.ne.jp docomo.ne.jp i.softbank.jp softbank.ne.jp		@	gmail.com yahoo.co.jp
紹介者または通院されている(されていた)ご家族のお名前				()			
職業				学生/会社員/自営/パート他/主婦/その他 ()			

当てはまる項目すべてを○で囲んでください

当院のご来院は	・はじめて	・前に来たことがある (年前)	・わからない
ご症状について	・虫歯を治療したい (痛みあり・なし)	・入れ歯を入れたい	・口臭がきになる
	・歯並びが気になる	・インプラントの相談	・歯ぐきがはれている
	・つめたもの、かぶせたものがはずれた	・検査を希望	・クリーニング
	・ホワイトニング	・顎関節症	・その他 ()
どのあたりですか	左上/左下	右上/右下	上の前歯/下の前歯 全体
麻酔をしたことは	・ある その時は?	・麻酔がききにくかった	・貧血が起きた
	・ない	・気持ちがわるくなった	・特に何も起きなかった
歯を抜いたことは	・ある その時は?	・血が止まりにくかった	・貧血を起こした
	・ない	・発熱した	・腫れた
			・特に何も起きなかった
アレルギーについて	・ある	具体的に記入 薬や注射 (ピリン系、抗生物質)	・ない
		お願いします → 食べもの・その他 ()	
内科的な病気について	・ある	具体的に記入 心臓 ・高血圧 ・低血圧 ・腎臓	・ない
		お願いします → 糖尿病 ・肝臓 肝炎(型)	
		血液疾患 ・その他 ()	
		いつ頃かかりましたか? (年頃/ 年前)	
他の病気で治療していますか	・はい	病名 ()	病院名 ()
	・いいえ	TEL ()	担当医名 ()
現在の健康状態は	・普通	・よくない	・疲れやすい
			・妊娠中 (ヶ月)
			・授乳中
常用している薬は	・ある	薬の名前 ()	・ない
		※お薬手帳の (有・無)	
タバコは吸いますか	・いいえ	・はい (本/日)	
診療内容に希望はありますか	・悪いところは全部治したい	・いま痛んでいるところだけ治したい	・相談のうえで決めたい
	・なるべく保険で、保険がきかないところは自費で治したい	・健康保険の範囲で治したい	・最も良い材料で治したい
	・その他 ()		
当院を知ったきっかけ	・知人(会社)の紹介	・家族が通院している	・一度検診で来た
	・近所なので	・前を通過	・インターネット
			・当院HP
通院しやすい曜日・時間帯	月： 時頃/火： 時頃/水： 時頃/木： 時頃/金： 時頃	土： 時頃/日： 時頃/ 日によって異なる	
その他、ご希望があればご記入をお願いします			

ご協力ありがとうございました。