



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

※お子様について※

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 保護 先者	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				()			
お子様との関係：父/母/祖父母/親類/兄弟・姉妹				本人は現在：乳児/幼児/小学生/中学生/高校生/学生/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 ‡・気持ちが変わらなくなった ・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 具体的にご記入 †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 具体的にご記入 †・心臓 ・高血圧 ・低血圧 ・腎臓 ‡・糖尿病 ・肝臓 肝炎(型) ‡・血液疾患 ・その他 () ・ない 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)		
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 ・健康保険の範囲で治したい ・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 ・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		
お子様の愛称、呼ばれ方	()		
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。