



カルテ No. _____ 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ワクワク楽しいコアラ歯科問診票

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日生まれ	歳
現住所	〒 _____			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

[1] いかがされましたか？

- 検診してほしい 歯が痛い(しみる ズキズキ痛い かむと痛い 腫れた その他)
 歯ぐきから血が出る 口内に何かできた 詰め物が取れた 顎が鳴る、痛みがある
 入れ歯が合わない/入れ歯が壊れた 入れ歯を作りたい
 首、肩、腰などに痛みがある 総合指導法を受けたい かみ合わせがおかしい
 ホワイトニング その他(_____)

[2] コアラ歯科をどこでお知りになりましたか？

- 他の医院からの紹介(紹介元: _____ / 紹介状を持っている)
 建物を見て ホームページを見た 自宅・職場に近いから 遅くまで診療している
 知人・友人からの紹介(ご紹介者 _____) その他(_____)

[3] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他院(医院名 _____)
 ()日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前⇒現在 完治した 通院中 途中で止めた

[3] 来院できる時間帯

午前 _____ 時頃 午後 _____ 頃 希望する曜日: _____

[4] 通院中・治療中の病気はありますか？過去に治療した病気は×印をお願いします。

- ない 高血圧 心臓病(病名: _____) 糖尿病 脳梗塞・脳卒中
 ぜんそく 妊娠(_____ ヶ月 月出産予定) アレルギー てんかん 腎臓病
 甲状腺の病気 がん(部位: _____) 認知症 HIV ペースメーカー
 肝臓病・肝炎(病名: _____) その他(_____)

服用中の薬剤がある方は、お薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

(_____)

[5] ご希望の治療を教えてください。

- 悪いところは全部治療したい 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
 歯の磨き方などについても教えて欲しい 検査・クリーニングについて教えて欲しい
 できるだけ保険を使った治療を希望 保険のルールがよく分からないので説明して欲しい
 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

[6] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

詳しいご記入ありがとうございました。

お呼びするまで待合室壁のインフォメーションパネルをお読みになりお待ちください。

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。