

問診票カルテ No:

歯科ドッグ専用

# 問診票

フリガナ 性別 男性・女性 | 年齢 歳

氏名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

現住所 〒

携帯番号 ( ) | 自宅電話 ( )

勤務先 〒

会社名 御職業

会社電話 ( ) | ご紹介者

E-mail @

PC-mail @ (会社・自宅)

気になるところ ( )

特に今回チェックしてほしいところ ( )

全身疾患 あり ( ) ・ なし

現在、他科にかかっていますか はい ( ) ・ いいえ

既往歴

1. 心臓病 2. 糖尿病 3. 腎臓病 4. 胃腸病 5. 血液の病気

6. 肝臓病 7. ウイルス性感染症 (A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他)

8. ぜんそく 9. てんかん 10. 甲状腺の病気 12. 蓄膿症 13. 妊娠中 ( カ月)

14 その他 ( )

カウンセリング希望日 (約60分) 年 月 日



一日の歯磨き回数	一日1回・一日2回・毎食後・複数回( )
一回の歯磨き時間	1～2分 ・ 3～5分・5～10分・10分以上
年間 定期健診受診回数	年間 回
使用器具	歯ブラシ 歯間ブラシ フロス シングルタフト 舌ブラシ その他( )
使用歯磨剤	歯磨き粉・フッ素 ・ 洗口液( ) ・ 入れ歯洗浄剤
一日の食事回数	(午前 回 ・ 午後 回)
間食の有無	あり(何時頃 ) ・ なし
糖分摂取頻度 (飴・ガム・チョコレート・ジュースなど)	( なし ・ 時々 ・ 常に )
夜間の歯ぎしり	ある ・ なし
起床時の顎の痛み・不快感	ある ・ なし
普段の姿勢	足を組む・胡坐・猫背・頬杖をつく・女性座り・その他
顎関節の不快症状	ある(音がする・口を開けると痛い・だるい) ・ なし
仕事は主にデスクワークである	はい ・ いいえ

— 個人情報に関して —

ご記入いただいた内容は、当クリニックの責任において個人情報を厳守いたします。

恵比寿西口デンタルクリニック 院長

