

根本歯科医院問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	
お名前		(満歳)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	生まれ	
住所	— 県		
連絡先	()	携帯	()
職業	<input type="checkbox"/> 建設 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 運送 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 販売・接客 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> スポーツ関係 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 学生 (学校名)		
来院動機	<input type="checkbox"/> 知人・家族紹介 (ご紹介者名 様) <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> 近所 (自宅・職場) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> セミナー <input type="checkbox"/> その他 ()		

どうなさいましたか？

場所	右上 前歯 左上	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 予防していきたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> かけた <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・腫れた)
	右下 前歯 左下	
今までにかかった病気は？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 癌 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中ですか？ (月)	
現在服用中の薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある薬品名 ()	
アレルギーは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ペニシリン系・ピリン系・麻酔・喘息・花粉症 アトピー・喘息・その他 ()	
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()	
タバコを吸っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1日 () 本	
歯科医院で嫌な思いをしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	

家族構成 親子夫婦一人暮らし2世帯

お名前	続柄	年齢	虫歯経験	定期管理
			多・普通・少	あり (当院・他院) ・なし
			多・普通・少	あり (当院・他院) ・なし
			多・普通・少	あり (当院・他院) ・なし
			多・普通・少	あり (当院・他院) ・なし
			多・普通・少	あり (当院・他院) ・なし

・治療について

- 全て保険内の治療を希望する 1番いい治療を選択したい
自由診療でも選択肢があるのであれば聞きたい 話を聞いて決めたい
その他希望があればご記入ください。 ()
診療のみに使用させていただきます。ご協力ありがとうございました。

予約時間キャンセルについてのお願い

根本歯科医院では、一人一人のご予約の時間を大切にしております。お口の健康を守り育てるために確保させていただいている時間を目一杯使い一緒に守っていきたいと考えています。また予約が取りにくい状況によりご迷惑をおかけしており大変申し訳ございません。

多くの方が予防を始めてくれることは嬉しい限りです。お待ちいただいている方や次の方のご予約もごさいます。予約時間、キャンセルについていくつかご協力をお願いいたします。

●予約時間は診療開始時刻です。

5分前の来院にご協力お願いいたします。

●5分以上の遅刻の場合

一人一人に必要な時間を確保させていただいていること、その時間を大切にしたい、また他の患者様への影響から

いかなる理由でも診療をお断りし予約変更させていただきます。

(2020年1月より)

●当日キャンセルは ※基本的に受け付けておりません。

前日までに必ずご連絡をお願いいたします。※突然の体調不良、やむを得ない用事など以外

●無断キャンセルが多く続く場合、遅刻が多い場合には

希望に合わせた予約が取れなくなることもございますのでご注意ください。

お忙しい中来院して頂いている貴重なお時間を無駄にしない様努力いたします。

根本歯科医院 院長 根本章吾

年 月 日 ご署名

お子様の場合は保護者の方のお名前をお願いいたします。