

問 診 表

王子神谷矯正歯科クリニック

来院日 年 月 日

ふりがな		生年月日	
氏名 (男・女)		西暦	年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ Tel () 携帯電話 ()		
学校名または勤務先			
上記所在地と連絡先	Tel ()		
ご本人が学生の場合	保護者の名前	連絡先 (住所や電話番号が異なる場合)	

■ 来院された目的は？

矯正治療 顎関節症の治療

■ 当医院をどのようにして知りましたか？

外看板・駅看板・インターネット・その他 ()

ご家族の紹介 (お名前 続柄)

知人の紹介 (お名前)

他の歯科医院の紹介 (歯科医院名)

■ かかりつけの歯科医院がありますか。

はい (歯科医院または歯科医師の名前) いいえ

(その所在地 :)

■ 前回、歯科医にかかったのはいつ頃ですか？ (年 月頃)

■ 歯並びで一番気になるのはどこですか。○で囲んでください

上の前歯、下の前歯、奥歯、その他

■ それはどのような状態ですか

出っ歯、うけ口、でこぼこ、開咬 その他 ()

■ 本人が歯並びの悪いことを気にしていますか？ はい・いいえ

■ 以前に矯正治療を受けたことがありますか？

はい (その時期と先生の名前) いいえ

※うら面へ続きます

■ ご家族ご親戚の中で矯正治療を受けたり歯並びの悪い方がいますか？

はい（その方のお名前 続柄 ）

（治療を受けた場所 ）

いいえ

■ 指をしゃぶる癖がありましたか？ はい・いいえ

■ 舌、唇、爪または衣類をかむ癖がありましたか？ はい・いいえ

■ 鼻の疾患はありますか？ はい（アレルギー性鼻炎、扁桃腺肥大 アデノイド） いいえ

■ いつも口を開けていることが多いですか？ はい・いいえ

■ 長時間、出血が止まらなかったことがありますか？ はい・いいえ

■ アレルギーはありますか？

はい（麻酔薬・抗生物質・鎮痛薬・その他 ）

いいえ

■ 現在、何か病気がありますか？

はい（心臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・その他 ）

いいえ

■ 現在、感染症にかかっている、もしくはその疑いがありますか？

はい（B型肝炎・C型肝炎・性病・H I V ・その他 ）

いいえ

■ 現在、毎日服用している薬はありますか？

はい（薬の名前 ）

いいえ

■ 女性の方へ、現在妊娠中ですか？

はい（ ヶ月・出産予定日 年 月） いいえ

※治療期間中に妊娠された場合は必ずお申し出下さい。

■ 来院に都合のよい曜日、時間はありますか？

（ ）

■ その他治療に関して御希望がありましたらお書き下さい。