

まつだミリー歯科

問診票

(ふりがな) 氏名		大正 昭和 平成 令和	年	月	日	生	才
現住所	〒	電話番号	自宅	携帯			
メールアドレス:	@	予約の確認及び変更などのご連絡に使用させていただくことがあります					
会社名・学校名	職業		1、会社員	2、自営業	3、学生	4、主婦	5、その他
気になるところを教えてください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> かみ合わせが気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい(クリーニング希望) <input type="checkbox"/> ホワイトニングに興味がある <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合がおかしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他()							
当院を知ったきっかけを教えてください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 家が近所で知っていた <input type="checkbox"/> 職場が近所で知っていた <input type="checkbox"/> ご家族・友人・知人に教えてもらった()様 <input type="checkbox"/> チラシを見て知っていた <input type="checkbox"/> インターネットを見て(<input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> yahoo <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> SNSで見た <input type="checkbox"/> その他()							
家族構成を教えてください 本人のみ・父・母・夫・妻・祖父母・兄弟姉妹()人・子供()人							
今までにかかった病気はありますか(複数回答可) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()							
現在どこかの病院にかかっていますか <input type="checkbox"/> はい(病院名:) (病名:) <input type="checkbox"/> いいえ							
現在服用中のお薬はありますか <input type="checkbox"/> はい お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (薬品名:) <input type="checkbox"/> いいえ							
喫煙されますか <input type="checkbox"/> はい()本/日 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 禁煙中							
女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか <input type="checkbox"/> はい(現在)か月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 授乳中							
今後の治療に関して <input type="checkbox"/> 気になるところだけでよい <input type="checkbox"/> 先生と相談してから決めたい <input type="checkbox"/> 回数はかかってもいいので他に悪いところがあれば、 全体的に治療したい				保険診療と自由診療について教えてください <input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 先生と相談してから保険診療にするか自由診療にするか 決めたい <input type="checkbox"/> 自由診療も含めて最適な治療を受けたい			
ご希望の曜日・時間帯はありますか <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望の曜日・時間帯()曜日) ()時ごろ)				治療の説明に対する希望をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> わかりやすい言葉で簡単に説明してほしい <input type="checkbox"/> 詳しく、丁寧に説明してほしい <input type="checkbox"/> どちらでもない			
その他ご相談したいことや治療についてご要望がありましたらご自由にお書きください。							