

問診票 井坂矯正歯科 0120-008763

ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日 (歳)
住 所 〒	電話
勤務先及び 学校名	電話
保護者または 配偶者の氏名	職業
緊急連絡先	電話
転勤及び 転校の可能性	YES・NO ※YESと答えた方 時期 () 場所 () へ
かかりつけの歯科医師 (歯科医院)	電話
かかりつけの医師 (医院、病院)	電話
E-mail	

● YESかNOを選び、YESの場合には、さらに続く質問についてお書きください。

YES	NO	(健康状態)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、医師の治療を受けていますか。 病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に (心臓、肝臓、腎臓、血液) に疾患があると言われた事がありますか。 病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に鼻疾患がございましたか。(現在ございますか。) 病名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	常用している薬物はございますか。 薬名 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬や食品、金属に対してアレルギーはございますか。薬、食品、金属名 ()
YES	NO	(歯の健康状態)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在歯の治療を受けられていますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に歯槽膿漏 (歯周病、歯肉炎) であると言われた事がございますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に歯石を取られた事がありますか。 いつ頃ですか ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯ブラシの指導を受けられた事がありますか。 いつ頃 () その方法 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日に何回くらい歯磨きをなさいますか。() 回
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	冷たいものが歯にしみたり食べ物が歯にはさまる事がございますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	あくびをしたり、食事中に顎に変な音がする事がございますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に顎が痛み、大きく口を開けられなくなった事がありますか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に、顔、口、下顎を強く打たれた事がありますか。(顔・口・顎) () 歳頃
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯を強くくいしばる事がございますか。どの様な時にですか。()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肩こりや、耳鳴りを感じる事がございますか。YESと答えた方はいずれか○で囲んで下さい。 ・ほとんど毎日 ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	風邪ではないのに頭痛がする事がございますか。 ・ほとんど毎日 ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、過去において下記の様な癖がございましたか。○で囲んで下さい。 ・物を噛む (爪、唇、楽器のリード、その他 ()) ・寝る時に特定の姿勢をとる ・頬づえをつく ・口を空けて息をする ・歯ぎしりをする ・いびきをかく
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、お口の中、及び口もとで、気になるのはどこですか、○で囲んで下さい。(いくつでも) ・上の歯が出ている ・うけ口 (反対咬合) ・歯のでこぼこ (八重歯など) ・歯の隙間 ・前歯が噛みあわない ・奥歯の噛みあわせ ・口もとが出ている ・口もとが引っ込み過ぎている ・その他 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前に矯正治療を受けた事がございますか。 医師、医院名 () () 歳頃
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	御家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか。(続柄:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	御家族の中で自分と似た歯並びをしている方はいらっしゃいますか。
その他、特異体質や、治療の手助けになる事がございましたらお書きください。 ()		
このホームページを何でお知りになりましたか? ()		

井坂矯正歯科 0120-008763

〒240-0013

横浜市保土ヶ谷区帷子町2-47-2 第一斉藤ビル4F

診療時間 / AM11:00 ~ PM1:00 PM2:00 ~ PM7:00

休診日 / 木・日・祝祭日 (月1回日曜診療有り)

最寄駅 / JR 横須賀線保土ヶ谷駅

