記入年月日
／　／

問 診 表

院内秘密書類

今後の「治療」や「予防」の参考にいたしますので、下記のご質問にお応えください。
なお、この資料はカルテと同様、治療関係者以外の目にふれることはありません。

■歯や健康状態についておたずねします

本日の**ご来院の目的については A 欄□にチェックマーク☑**をつけてください。
また、**お口の状態で少し気になる点については B 欄□にチェックマーク☑**をつけてください。

A	具体的な内容	B
□	ムシ歯があるので治したい	□
□	痛みがあるので治したい	□
□	つめものがとれたので治したい	□
□	歯ぐきや口の中の状態が悪いので診察してほしい	□
□	歯ぐきから出血するので治したい	□
□	歯や歯ぐきがしみるので治したい	□
□	あごが痛くあきにくいので診察してほしい	□
□	口臭が気になる	□
□	プラークや歯石をとりたい	□
□	歯の汚れ（ヤニ、黄ばみ、その他）をとりたい	□
□	歯を美しくしたい（ホワイトニング・審美）	□
□	歯並びをよくしたい（矯正）	□
□	義歯（保険・自費）やインプラントを入れたい	□
□	歯ブラシの指導をしてほしい	□
□	歯とお口の健康診断をしてほしい	□
□	歯やお口の予防指導をしてほしい	□
□	他の医院では治らないため	□
□	その他（　　）	□

□ 気になるところだけ治したい
□ この機会にある程度、治したい
□ 「デンタルクリン」でお口をキレイにしたい

■治療費について

□ よい材料と最善の方法で治したい
□ なるべく保険を適応し、保険の適応外は自費で治したい
□ 保険治療の範囲だけで治したい
□ よく話しを聞き、相談の上で決めたい

<引続き、裏面にご記入ください>

五島デンタル クリニック
GOTO dental clinic

デンタルクリン®