

問 診 票

ふりがな				年	月	日 ()
氏 名				ご 職 業		
住 所	〒					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年 齢	歳
自宅電話	()			携帯番号	()	
お勤め先	電話 ()	ご紹介者			様	

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
詰め物がとれた 歯茎がはれた・痛い 歯の清掃をしたい
その他 ()

◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯
その他 ()

◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い 今日初めて 昨日から 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因 症状) ()

◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる (薬名:) ()

◆(女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？

- ない ある

◆(女性の方へ) 現在授乳中ですか？

- いいえ はい

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない ある ()

◆持病または過去にかかった病気はありますか？(高血圧・心臓疾患・糖尿病・胃腸・腎疾患・肝炎など)

- ない ある ()

◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康 風邪気味 熱がある 疲労 睡眠不足

◆この機会に

- 悪い所は全部治療したい 今、痛んでいる所だけ治療したい

◆治療方法のご希望は

- 全て保険の範囲内で治療したい 保険・自費両方説明を聞きたい 自費で治療を受けたい

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？(予約は 曜日 時頃が良い)

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 電話帳 通りがかり
その他 ()

◆その他ご要望があればご記入ください ()