



ふりがな
お名前 様 生年月日 大・昭・平 年 月 日()歳

ご住所 〒 市

電話番号 ()- - 携帯番号 - -

メールアドレス @ 学校又は勤務先

おたずねします。当てはまるところに **レ点**を付けてください。

今日はどうなさいましたか？

- むし歯がある
- 歯が痛い
- 歯肉が痛い
- 腫れた
- 血が出る
- つめ物がとれた
- 入れ歯が合わない・破損した
- 歯並びの相談
- 歯の清掃をしたい
- 検診
- その他(_____)

今まで歯科治療で異常はありませんか？

- ない
- 麻酔で気分が悪くなった
- 倒れた
- 血が止まりにくかった
- その他(_____)

現在・以前(_____年前) 病気はありませんか？

- ない
- 糖尿病
- 心臓・血管
- 肝臓
- 胃腸
- 脳梗塞
- 貧血
- 高血圧
- ぜんそく
- 結核
- その他(_____)
- 現在通院中 _____ 病院 _____ 科

どのような治療を受けたいですか？

- 保険診療内で受けたい
- 保険外の方法も聞いて選びたい
- 最良の方法を選択したい

女性の方へ

妊娠の可能性はありますか ない ある(妊娠_____ヶ月)

当院をどのようにして知りましたか？

- 家族からの紹介(様) 知人からの紹介(様)
- 当院のホームページを見て 自宅または会社から近いから
- その他のウェブサイト()
- 看板を見て 通りすがり その他()

領収書についておたずねします

(但し、いずれの場合も領収書の再発行はいたしません)

- 月末にまとめて領収書を発行して欲しい
- 治療の最後にまとめて領収書を発行して欲しい
- 毎回領収書を発行して欲しい
- 必要ない

かかりつけの医師 または病・医院名を教えてください

(科名 _____ 病・医院名 _____)

今飲んでいる薬はありますか

ない ある 薬の名前 _____

薬の副作用・アレルギーはありますか

ない ある 薬の名前 _____

その他、当院に対するご要望をお聞かせください

(例：痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい)

※特に無ければご記入いただくなくてもかまいません

ご協力ありがとうございました。

上記問診表の結果は、治療に有効に使用いたします。
またご不明な点や変更点がありましたら お気軽にお申し出ください。