

記入年月日 年 月 日



医療法人大里会

うらさと歯科 問診票

ふりがな
お名前 様 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 () 歳

ご住所 〒()-()

本人携帯番号

ご家族携帯番号

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
肝炎(B型 C型) HIV
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？

※自費の説明を希望されるかの大切な質問です。

- 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(出産予定日 月 日)

裏面もご記入お願いします。

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() その他()
- 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)

- 毎回領収書を発行して欲しい
- 年末にまとめて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かなくてかまいません

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。