

問診票

記入日 年 月 日

(ふりがな) 名前	生年月日 明・大・昭・平	満 () 歳 年 月 日生	ご職業
ご住所 〒 -	ご自宅 : () - 携帯 : () - 勤務先 : () -		

● どうされましたか？

- むし歯
歯ぐきから血がでる
歯がぐらぐらする
歯がないところに入れたい
以前入れた物が取れた
歯をきれいにしたい
あごが痛い・音になる
口臭が気になる
検診をしたい
その他 ()

● 当院をお知りになった理由は？

- 知人・家族からの紹介 (ご紹介者: _____ 様)
家が近くだから
職場が近くだから
ホームページを見て
建物を見て
その他 ()

● 痛みはありますか？

- 痛くない
痛い (□しみる □少し痛い □ズキズキ痛い □かむと痛い □はれた)

● 場所はどこですか？

上右	上前	上左
下右	下前	下左

- 診療方法
保険の範囲でいい
保険外の説明も希望する
 ● 治療希望
悪いところは全部治したい
気になっているところだけ治したい
相談しながら治療したい

● 内科的病気

- ない ある
 心臓・肝臓・リウマチ
 腎臓・胃腸・糖尿
 脳卒中・高血圧・低血圧
 その他 ()

● 現在飲んでいるお薬は？

- ない ある ()
 ⇒ お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

● アレルギーは？

- ない ある (ペニシリン・ピリン系)
 注射・食物 ()
 アトピー・ぜんそく
 かぶれ易い・じんま疹

● かかりつけの医院・先生がありましたらご記入ください

医院・病院 _____ 科 _____ 先生 (電話 _____)

● 前回、歯の治療を受けられたのは

- 当医院 他医院 (_____ 歯科医院: _____ 年 _____ 月前) 治療ははじめて

● 今後の予約についての希望があればご記入ください

【来院できる時間帯】 (午前・午後 _____ 時～ _____ 時頃) 【来院できる曜日】 (月・火・水・木・金・土)

今回の診療日時を、前日と当日の2時間前にEメールでお知らせするサービスをしております。
 ご希望の方はご記入をお願い致します。

E-mail :

● その他ご希望があればご記入ください

ご記入ありがとうございました。

～個人情報保護法に基づき、問診票で知れた個人情報は治療目的以外では使用いたしません。