

年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

問診表

本日はご来院いただきましてありがとうございます

年 月 日

ふりがな
お名前

男・女 生年月日

年 月 日 歳

ご住所

TEL携帯

自宅

職業

勤務先名

メール
アドレス

ご来院されたきっかけを

- 紹介()様より(家族／友人／その他) 評判を聞いて
 近所なので ホームページをみて その他()

どうなされましたか？

- 予防で 治療で
 歯の検診をしてほしい 歯が痛い 歯ぐきが痛い・腫れた
 歯石を取ってほしい むし歯がある 歯がなくて噛めない
 フッ素を塗ってほしい 入れ歯の具合が悪い 歯並びをキレイにしたい
 歯をキレイにしてほしい つめものが取れた インプラントを考えている
 歯を白くして欲しい(ホワイトニング) その他()

麻酔をした際に気分が悪くなったことはありますか？

なし ある

歯を抜いたことはありますか? なし ある

そのときにトラブルはありませんでしたか?
 特に症状は出なかった 貧血を起こした 睡眠不足
 血が止まりにくかった 熱が出た その他

現在他の病院に通院されていますか?

ある

いますか?

病院名()

担当医(科)()先生

飲まれている薬は

ある

ありますか?
どのようなお薬ですか?()

今までに次の病気で通院されていますか?

ある

- 結核 貧血 糖尿病
 肝臓の病気・肝炎 胃腸 甲状腺
 高血圧 哮息 心臓・血管の病気
 腎臓 脳 血液の病気
 その他()

現在妊娠中ですか?(女性の方のみ)

いいえ

はい(ヶ月) わからない

授乳中ですか?(女性の方のみ)

いいえ

はい

アレルギーはありますか?

ある

お薬・食べ物()

他の患者様のキャンセルが出た際、当医院からお電話を希望する ご希望の連絡先
差し上げた場合、治療をご希望されますか? 自宅 携帯 勤務先
 希望しない

治療についてのご希望は?
 とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要
 費用は少ない方がいいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
 費用よりもお口の健康を優先して自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

その他ご希望がありましたら
ご記入ください