

問診表

記入日

フリガナ

男

氏名

生年月日

昭・平・令

年

月

日

(NAME)

女 (BIRTH DATE)

住所

(HOME ADDRESS)

携帯番号

(Cell Phone)

電話番号

(Phone)

ご紹介者がいる場合、ご紹介者の方のお名前をご記入下さい。

(

)様

来院された理由

(該当する答えを□にチェックと () 内は○で囲んでください)

- むし歯の治療をしたい (痛い ・ 痛くない)
- 詰め物・かぶせ物が取れた (痛い ・ 痛くない)
- 歯石をとってほしい・歯のクリーニング
- 歯周病の治療がしたい (出血しやすい ・ 腫れて痛い)
- 審美的な相談をしたい (セラミック ・ ホワイトニング ・ 矯正)
- 義歯を入れたい ・ 義歯が合わない ・ 義歯がこわれた
- インプラントの相談
- その他 ()

■現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある

病名

医療機関

薬を服用中の方

薬名

※ お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にご提示ください。

■今まで次の病気に罹ったことがありますか？

ない ・ ある (ある場合は下記の該当するものを囲んで下さい。)

- ※ 心臓や血管の病気・高血圧・喘息・胃腸病・腎臓病・糖尿病・神経痛・リウマチ
甲状腺疾患・骨粗鬆症・癌・その他 ()
- ※ ウィルス性の疾患 B型肝炎・C型肝炎・HIV ・ その他 ()

■今までに麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

ない ・ ある あると答えた方→症状 ()

■女性の方へ・・・妊娠の可能性はありますか？

ない ・ わからない ・ ある ()ヶ月 ・ 授乳中である 生後 ()ヶ月



当院では、検診のご案内や予約確認はLINEでお送りしています。
診察券発行後、LINE連携のご協力をお願い致します。

ご記入ありがとうございました。