

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)

来院された理由

- 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 (妊娠 _____ ヶ月) ・ 授乳中 (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。
LINE連携のご協力をお願い致します。

LINE連携 → 追加 → 入力してある文字をそのまま送信

→ 診察券番号(_____) → 生年月日(西暦から8桁 例)19800501)

ご協力ありがとうございました。