

問診票

No.

フリガナ

名前

生年月日

年

月

日

住所 〒

電話番号

携帯番号

携帯番号のショートメールでの利用を承諾する はい・いいえ

1 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 近所 看板・広告を見て ホームページを見て
家族・知人の紹介（紹介者名）
他院の紹介（紹介者名）
その他（）

2 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い・腫れた 詰め物が取れた 歯石を取りたい
定期検診を受けたい その他（）

3 最後に歯科治療を受けられたのはいつ頃ですか？何の治療でしたか？

- 虫歯 歯周病 定期検診
頃 その他（）

4 現在・過去にかかったご病気はありますか？

- なし 心臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 骨粗鬆症 喘息
肝炎（B型・C型・その他） リウマチ その他（）

5 麻酔や抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？

- なし 血が止まりにくかった 気分が悪くなった 痛みが続いた
その他（）

6 診療についての希望を教えてください

(1) 治療部位について

- 悪いところは全部治したい
痛いところだけ治したい
相談して決めたい

(2) 治療費について

- 自費治療を希望する
保険治療のみを希望する
相談して決めたい

その他、伝えておきたいことなどあればご記入ください（嘔吐反射、アレルギーなど）