

問 診 票

年 月 日

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日 年 月 日	職業
ご住所 〒 -		電話番号（連絡のつきやすい番号）	
		携 帯	- -
		ご自宅	- -

以下の質問に☑でお答え下さい。

① 当院への来院のきっかけを教えてください。

- ご紹介 _____ 様より（ご関係： ）
 家・職場が近い
 ネットで知った
 看板広告を見て

② 本日はどうされましたか？

- 検診・クリーニング希望 歯が痛い・しみる
 歯茎が痛い、腫れた 詰め物・かぶせ物が取れた
 入れ歯が痛い・壊れた その他（ ）

③ 治療範囲についての希望をお知らせ下さい。

- 悪い所は全て治療を希望 現在気になる所のみ治療を希望
 （初回の検査は必須となります）

④ 現在、薬を服用されていますか？

- はい いいえ

⑤ アレルギーはありますか？

- はい いいえ

※分かる範囲で記載下さい _____

⑥ 現在タバコを吸っていますか？

- 吸っていない 辞めた 吸っている

⑦ 過去の歯科治療時に異常を経験したことがありますか？

- ない 出血が止まらない
 麻酔が効かない 体調不良や貧血

⑧ 今後通院が必要となった場合、希望の曜日や時間があれば記載して下さい。

⑨ 女性の方へお伺いします。現在妊娠の可能性はありますか？

- はい いいえ

ご協力ありがとうございました。受付へ提出をお願いします。