



問診票



No. _____

ふりがな

氏名 _____ 大/昭/平/令 年 月 日生

郵便番号 _____

ご住所 _____ TEL _____

勤務先 _____ TEL _____

当医院では皆様の健康保持のお役立ち、かつ最善の診療をおこないたいと考えておりますので、次の質問に出来るだけ正確にお答えください。

当医院は初めてですか？ はい・いいえ（ご紹介者があれば _____ 様）

前に来たことがある（ _____ 年前）

当医院をお知りになられたのは？ 家族が来院 ホームページ 通りがかり

痛みや気になる ところは？	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	左上	上 前	右上
	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 舌	左下	下 前	右下
	<input type="checkbox"/> あご	<input type="checkbox"/> 痛みはない			

いつから痛みますか？ 今日 _____ 日前から _____ 週間前から

今まで麻酔注射や歯を抜いた時異常はありませんでしたか？ 特になかった 血がとまりにくかった 麻酔や歯を抜いたことがない 麻酔がきかなかった

現在服用中のお薬はありますか？ ない ある（薬名 _____）

全身の健康状態は？ 良い 他科に通院中（ _____ ） 妊娠中 血圧（ _____ / _____ ）

治療に対してのご希望は？ 痛いところだけ治療 問題のある所は全て治療 保険の範囲内での治療 保険の範囲外での治療内容の説明を詳しく聞きたい

診療時間について
ご都合のよい時間 午前中 午後（ _____ 時頃） 何時でもいい 土曜日（午前のみの診療になります）

ありがとうございました。ご相談がありましたら、お気軽にお声をおかけください。
個人情報の取り扱いにつきまして院内及びリコールのみ使用させていただきます。