

問診票

平成 年 月 日

ふりがな お名前		男・女
生年月日	明昭 大平	年 月 日 才
ご住所	(〒 -)	自宅電話
		携帯電話 (緊急連絡先としてできるだけ記入して下さい)
勤務先名		電話

なぜ当院を選ばれましたか？（いくつチェックしても可）

- 家族が通院中または以前通院していた（お名前： _____）
 友人・知人の紹介や勧めで（紹介者： _____）
 家から近い 職場から近い 看板を見た
 インターネットを見た その他（ _____ ）

どうなさいましたか？（いくつチェックしても可）
その中でも1番気になるものを○で囲んで下さい。

- 歯を白くしたい 歯の掃除をしてほしい 歯並びを治したい
 歯が痛い（ 何もしなくても痛い 咬むと痛い）
 歯ぐきが痛い（ 腫れている 出血）
 おし歯がある 詰め物がとれた 歯がしみる
 歯がグラグラする 歯のないところに入れたい 入れ歯が痛い・こわれた
 その他（ _____ ）

★今まで歯の治療を受けて何か異常なことがありましたか？

- ない
 ある 麻酔がなかなか効かなかった 麻酔で気分が悪くなった
 抜歯後、血がなかなか止まらなかった 治療中に気分が悪くなった
 その他

内科的病気について

- 高血圧 糖尿病 心疾患 貧血 消化器系疾患
 肝疾患 腎疾患 癌・腫瘍 脳血管疾患 リウマチ
 感染症疾患 [B型肝炎 C型肝炎 他（ _____ ）] 骨粗鬆症
 その他（ _____ ） うつ病

●よければ具体的に病名・かかりつけ医院を教えてください。

(_____) (_____) 医院・病院)

●現在、飲み続けている薬があれば教えてください。

(_____)

●薬物アレルギー又は医師から注意されている薬

- ない ある（薬品名： _____ ）

★女性の方に

妊娠していますか？ ない ある 月 予定日 年 月 日

わからない

授乳中ですか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。しばらくお待ち下さい。

