

# 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女 生年月日 年 月 日 ( 歳)	ご職業
〒 ご住所	自宅電話 ( ) 携帯電話 ( )	
メールアドレス		
ご希望の連絡先に☑をつけて下さい (予約の変更等に使用させていただきます 複数可) ☐ご自宅 ☐携帯電話 ☐メール ☐その他 ( )		
上記の連絡先に定期健診などのご案内やお礼状をお送りしてよろしいですか (複数可) ☐ご自宅 (郵送させていただきます) ☐メール ☐希望しない		
通院に便利な曜日と時間帯に☑をつけて下さい ☐特になし ☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐午前 ( 時頃) ☐午後 ( 時頃)		
当院をどのようにしてお知りになりましたか ☐通りがかって ☐看板 ☐電話帳 ☐インターネット(ポータルサイト名 ( )) ☐どちらで検索しましたか? (yahoo.google、その他 ( )) ☐その他 ( ) ご紹介頂いた方がいらっしゃいましたらお名前を教えてください ( 様) ご紹介頂いた方に当院よりお礼状をお送りしてもよろしいですか ☐はい ☐いいえ		

どうなさいましたか 当てはまる項目に☑をつけて下さい (複数可)  
☐検診をしてほしい ☐歯の清掃をしてほしい ☐歯を白くしたい  
☐歯が痛む ☐歯がしみる ☐痛くはないがむし歯がある  
☐歯グキが痛む ☐歯グキが腫れた ☐歯がグラグラする  
☐治した所がはずれた、壊れた ☐歯を入れたい ☐義歯が痛む・ゆるい  
☐インプラントの相談 ☐歯科矯正の相談 ☐その他 ( )

この機会に ☐悪い所は全部治したい ☐気になる所だけ治したい

その他ご要望などございましたらご記入ください

当院ではお体の状態にあわせて治療を行います 必ずいずれかに☑をつけて下さい  
持病はありますか ☐特になし ☐血圧 ☐心臓病 ☐糖尿病 ☐肝臓病 ☐腎臓病  
☐その他 ( )

持病のある方はかかりつけ医を教えてください  
病院・医院の名前 ( ) 主治医の名前 ( )

手術を受けたことはありますか ☐なし ☐ある 病名 ( ) いつ ( )

飲んでいる薬はありますか ☐なし ☐ある お薬手帳をお持ちの方は提出してください  
薬の名前 ( )

麻酔をしたことがありますか ☐はい ☐いいえ

血が止まりにくかったことがありますか ☐はい ☐いいえ

タバコを吸いますか ☐はい 本/1日 ☐いいえ

アレルギーはありますか ☐なし ☐ある ( )

女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか ☐いいえ ☐妊娠中 ( ヶ月) ☐授乳中