

問診票

受付年月日：令和 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年	月	日
お名前		年齢		性別	男・女
ご住所	〒	電話番号			
		携帯電話			
メール アドレス	予約や健診のメール配信を希望しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
1. 来院の目的	・歯が痛い ・検診 ・歯垢／歯石取り ・虫歯治療 ・歯ぐきの腫れ ・つめ物がとれた ・歯並びの相談 ・ホワイトニング希望 ・入れ歯の治療 ・その他 ()				
2. 症状がある場所	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()				
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ()				
4. ご希望の治療方法	・痛い所だけ、希望する所だけ治したい ・悪い所を全部治したい ・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・医師と相談して決めたい ・その他 ()				
5. 抜歯経験	・なし ・あり (具体的な場所:)				
6. 歯の治療で貧血、ショックの経験	・なし ・あり (具体的な症状:)				
7. 大きな病気の経験や現在の病気	・心臓病 ・肝臓病/肝炎 ・腎臓病 ・高血圧 ・骨粗鬆症 ・糖尿病 ・その他 ()				
8. 現在の健康状態	・良い ・普通 ・悪い (具体的な症状:)				
9. 他医療機関の通院の有無	・なし ・あり (医療機関:)				
10. 現在服用中の薬の有無	・なし ・あり (薬品名:) ※お薬手帳をご提示ください。				
11. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし ・あり (薬品名と症状:)				
12. 妊娠の有無(※女性の方)	・なし ・あり (妊娠 力月) ・可能性あり(未確認)				
13. 来院となったきっかけ	・看板／建物 ・HP ・インターネット検索 ・紹介者あり ()				

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。

診察券 No. _____