

より良い治療のための 問 診 票		診療申込日 令和 年 月 日	来院方法 ・車以外・車（普通車・軽・雨の日は車）
わからないことがありましたらお気軽に受付へお聞きください。			
フリガナ		大・昭・平・令	年 月 日
お名前		生年月日	歳
住所	〒		() - ()
	自宅電話 携帯電話		() - ()
メールアドレス		@	
予約日時・緊急連絡等お知らせいたしますのでご記入ください			
1 今回は、どうなさいましたか (詳しい経過は直接お伺いします)		・虫歯がある ・痛い(歯・歯肉・何もしなくても痛い・嘔むと痛い) ・親知らずが痛い ・しみる ・腫れた ・物がつまる ・とれた(かけた) ・乳歯を抜きたい ・顎が痛い、音がする ・歯がぐらつく ・入れ歯の不調 ・かみ合わせが気になる ・歯並びが気になる ・見た目が気になる ・口臭が気になる ・歯の汚れが気になる(歯石・着色) ・ホワイトニングをしたい ・検診 ・フッ素 ・その他【 】	
2 かかったことのある病気は		・心臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・腎臓病 ・鼻の病気 ・血管疾患 ・他の感染症 ・自律神経失調症 ・血圧(高・低) ・喘息 ・他【 】 ・特になし ※その病気にかかっていた時期【 】	
3 今、通っている病院は		・ない ・ある【病院名 / 先生】	
4 今、使っているお薬は		・ない ・ある(お薬手帳 ある・ない・家にある) 薬の名前【 】 ・骨粗鬆症のお薬を飲んでいますか ・いいえ・はい【 】	
5 お薬のアレルギー(じんましん)は		・ない ・ある【薬の名前 】	
6 今、妊娠の可能性は		・ない ・ある 妊娠 月 日 ・わからない ・授乳中	
7 治療で気分が悪くなったことは		・ない ・ある【どんなとき 】	
8 歯の治療について、あなたは		・こわがり(音・振動・麻酔・他【 】) ・痛み ・神経質 ・吐き気がしやすい ・他【 】	
9 当医院を選んだ理由は		・紹介された【お名前 】 ・看板 ・インターネット ・評判 ・家が近い ・職場が近い ・他【 】	
10 今回、治す範囲については		・悪いところは全部治したい ・今、不自由しているところだけ治したい ・よくわからないので相談して決めたい	
11 今回の治療については		・保険のきく範囲で治したい ・保険以外に多少の費用がかかっても良い ・よくわからないので相談して決めたい	
12 通院の時間帯・曜日などの制約は		・ない ・ある【時間帯 曜日 】	
ありがとうございました。 その他、治療で考慮してもらいたいことなどご自由にお書き下さい。 スペースが足りない場合は裏面にご記入下さい。			