

問 診 票

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		年齢
お名前		男・女	西暦	年 月 日生	才
住所	〒 -	電話	(自宅)	-	-
			(携帯)	-	-
E-mail		職業			
勤務先		住所	〒 -	電話:	- -

来院の理由をお聞かせ下さい (いくつでも可)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 歯が痛い(日前から) 2. 歯ぐきが痛い(日前から) 3. 歯ぐきがはれた(日前から) 4. 歯ぐきから血が出る 5. むし歯がある 6. 口臭が気になる 7. 詰め物がとれた 8. 入れ歯があわない・入れ歯を作りたい 9. 歯石をとってほしい 10. 歯を白くしてほしい 11. 歯並び・かみ合わせが気になる 12. 歯を入れたい(インプラント・ブリッジ) 13. 検診 14. その他() 	お悩みの部位					
	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前
右上	上前	左上				
右下	下前	左下				

右上 上前 左上

右下 下前 左下

どのような治療をお望みですか (いくつでも可)

<ol style="list-style-type: none"> 1. いま痛んでいるところだけ治したい 2. この機会に悪いところはすべて治したい 3. 保険の範囲で治したい 4. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない 5. 保険の範囲内で最も良い材料と方法で治したい 6. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい 7. 一回の治療時間を短くしてほしい 8. 相談して決めたい 9. よくわからない 10. その他()
--

今までに次の病気にかかったことがありますか？（いくつでも可）

1. 心臓病 2. 高血圧・血圧(/) 3. 糖尿病(HbA1c) 4. 骨粗しょう症
5. 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 6. 腎臓病 7. ぜんそく 8. その他()

※麻酔の注射をしたことがありますか？ はい・いいえ

※歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ

※歯を抜いた時異常がありましたか？

1. 血が止まらなかった 2. 気分が悪くなった 3. 麻酔がきかなかった 4. その他()

※現在治療中の病気、又は持病のようなものがありますか？ はい・いいえ

病名()

※現在内服している薬はありますか？ はい・いいえ

薬()

※食べ物や薬や金属でアレルギーがありますか？ はい・いいえ

アレルギー()

※かかりつけの病院はありますか？ はい・いいえ

_____ 病院 科 先生

※妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ (約 ヶ月)

※現在授乳中ですか？ はい・いいえ

※現在の健康状態は良好ですか？ はい・いいえ

通院できるのは 月 火 水 木 金 土 (午前・午後・夜) ()時頃

その他、ご希望などお書きください

当院駐車場（NO.12,13,14）が一杯の時は、近隣のコインパーキングをご利用ください。
駐車券を受付までお持ちください。
駐車料金をお渡しいたします。



LINE で予約もできます。
こちらの QR コードより、
お友達登録をお願いいたします。

