

問 診 表

				記入	年 月 日
フリガナ		性別	年齢	生年月日	明治・大正・昭和・平成
お名前		男・女	歳		年 月 日
ご住所	〒			電話	() ()
				携帯	() ()

1 本日はどうなさいましたか？ ※出来るだけ具体的にご記入ください。

[] 例) 歯ぐきが腫れている／歯に穴が開いた
歯並びが気になる／検診してほしい
歯を白くしたい／詰め物を白くしたい
歯がない所をどうにかしたい、など

2 現在または過去に下記に該当する病気と診断されたことがありますか？

なし 心臓疾患 不整脈 高血圧 肝臓疾患 腎臓疾患
 糖尿病 喘息 骨粗しょう症 その他 []

3 特異体質・アレルギーはありますか？

なし あり []

4 現在薬を服薬していますか？

いいえ はい [薬名:]

5 その他特別なことはありますか？

なし 歯科麻酔で気分がわるくなったことがある
 妊娠 ヶ月 その他 []

6 診療についてご希望や気になる事がございましたらお書きください。

[] 例) お口全体をみてほしいがどのくらい期間がかかる？／1回の治療時間は？／メンテナンスはどうすれば？／詰め物を白くするためにかかる費用は？

7 治療法について□にチェックして下さい。

全ていい材料、方法等で行った場合の治療計画、費用等を聞いてみたい。
 治療する場所によっていい材料、方法、治療計画、費用等を聞いてみたい。
 保険で行なえる治療範囲でいいと思う。
 その他 []

8 治療時間および日数についてご希望をお知らせ下さい。

1回の治療が長くてもかまわないので短期で終わらせたい
 1回の治療時間を短くしてほしい
 臨機応変でかまわない

9 当医院をお知りになったきっかけは？

知人の紹介 看板を見て インターネット その他 []

ご記入いただきました内容につきましては、診療及びリコールのご案内等、当歯科医院でしか使用いたしません。また、刑法 134 条第 1 項に基づき個人情報の守秘義務（医療関係資格に係わる守秘義務）を遵守いたしております。