

問 診 票

		年 月 日記入		
ふりがな		男・女	生年月日	年 齡
お名前			大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご住所	〒	TEL ()		
		携帯 ()		
どうなさいましたか	☐痛みがある ☐ムシ歯の治療をしたい ☐入れ歯を入れたい、直したい ☐歯石をとってほしい ☐予防歯科に興味がある ☐その他() ☐つめもの、かぶせものがとれた ☐歯ならびが気になる ☐歯ぐきが気になる ☐検査をしてほしい ☐ホワイトニングに興味がある ☐その他()			
最後に歯科医院へ来たのはいつになりますか	☐ () 年 ・ か月 ・ 週間 前 ☐ () 年 () 月 ごろ			
歯科医院で麻酔の注射をしたことがありますか	☐はい・その他 ☐異常なし ☐貧血をおこした ☐麻酔が効きにくかった ☐気分が悪くなった ☐その他() ☐いいえ			
今までに大きな病気をしたことがありますか	☐心臓病☐脳卒中(脳出血・脳梗塞)☐ゼンソク☐リウマチ☐悪性腫瘍(ガン)☐潰瘍(胃・十二指腸)☐てんかん ☐肝臓病☐肝炎(B型・C型・その他)☐糖尿病☐高血圧(/)☐腎臓病☐骨粗しょう症☐その他() 上記のうち今治療中の病気はありますか ☐ある ☐ない			
現在内科や他科で治療中の病気はありますか	☐ない ☐ある(医院名 病名)			
現在は何かの薬を飲んでいますか	☐いない ☐いる(その薬品名)			
薬を飲んで副作用・アレルギーはありますか	☐ない ☐ある 薬品名()			
	☐発しんができる☐気分が悪くなる ☐胃が痛くなる☐その他()			
現在の健康状態は	☐良好☐不良 ☐普通			
	妊娠について ☐している(ヶ月) ☐しているかもしれない			
治療は	☐健康保険の範囲内で治療したい ☐健康保険との併用で、保険の範囲外は相談の上、多少の費用を負担してもよい			
治療範囲のご希望	☐悪いところは全部治し ☐話を聞いて考えたい ☐今痛んでいる歯(部位)だけ治したい			
通院の曜日・時間帯について希望はありますか	☐特に無し・その日による☐決まった曜日・時間しか来れない ☐なるべくこの曜日・時間にしてほしい ☐平日(☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金) ☐土 ☐日 ☐午前 ☐午後 ☐夕方以降 ☐その他()			
当院をどのようにしてお知りになりましたか(複数でも可)	☐紹介(ご紹介者氏名 様 ☐家族が通院している(お名前 様 ☐ワカバウオークに来て ☐インターネット(☐当院のホームページ ☐その他) ☐駅看板 ☐その他() ☐特定の人はいない() ☐市の検診			
その他何かございましたらお書き下さい				