

問 診 票

ご記入日 20 年 月 日 ()

ふりがな		TEL	緊急連絡先 (連絡がとれる番号をご記入ください)
氏 名	歳		
住 所			
メー ル アドレス			

※診療に関わるご案内をメール送信させていただく場合があります

今日はどうなさいましたか？該当するものに○をつけてください
 痛い / しみる / 腫れた / グラグラ / 取れた / 違和感 / 定期検診 / クリーニング / ()

どこが？ 歯 / かぶせ物 / 歯肉 / 入れ歯 / ()	右上	上の前	左上
いつから？ 本日 / 昨日 / ()	右下	下の前	左下

現在および過去に経験はありますか してください

<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患(B型・C型肝炎、他)	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> アレルギー()
<input type="checkbox"/> 糖尿病または予備群	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 蓄膿症
その他()		

現在、薬を服用していますか あり なし (薬の名前)
 定期的に、注射を打ちますか あり なし (薬の名前)
 お薬で副作用の症状がでたことはありますか あり なし (薬の名前)
※お薬手帳または用紙をお持ちの方は受付に提出してください。お持ちでない方は次回ご持参ください

女性の方は してください

<input type="checkbox"/> 妊娠中 (月)	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある
-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

興味があるもの、もしくは説明を聞いてみたいものなど してください

<input type="checkbox"/> PMTC (健康美)	<input type="checkbox"/> 白いつめ物・かぶせ物	<input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 着色除去 (ヤニ、茶しぶ等)	<input type="checkbox"/> ホワイトニング	<input type="checkbox"/> いびき軽減
<input type="checkbox"/> 特別チタン床義歯	<input type="checkbox"/> はずれない義歯 ロケーター	その他()

当医院をどのように知りましたか してください

<input type="checkbox"/> 紹介 (ご紹介者名)	<input type="checkbox"/> ホームページ
<input type="checkbox"/> パンフレット	<input type="checkbox"/> 看板
<input type="checkbox"/> その他()	

通院可能な曜日に してください 平日 土曜

その他、希望や要望、意見などご記入ください

患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の態勢で取り組んでおります