

問 診 票

西暦 年 月 日

紹介者

ふりがな 生年月日
お名前 明 大 昭 平 年 月 日 (歳)

〒()-()

住所

電話番号: (自宅) (携帯)
(勤務先)

下記の質問にお答えください。

(1) 当院は、初めてですか？	1. 初めて 2. 前に来たことがある
(2) 来院された理由は？	(例) 右上奥歯が昨日から痛む など
(3) 歯石取りはご希望ですか？	1. はい 2. いいえ
(4) 今までにかかった病気は？	1. ありません 2. 心臓病 3. 肝臓病(B ・ C) 4. 腎臓病 5. 糖尿病 6. 高血圧(~) 7. 低血圧(~) 8. 骨粗しょう症 9. その他()
(5) 服用の薬はありますか？	1. ない 2. ある
(6) 以前、歯科治療を受けて何か変わったことは？	1. ない 2. 貧血 3. ショック症状 4. 血が止まりにくかった 5. その他()
(7) あなたの体質は？	1. 特になし 2. ぜんそく 3. アレルギー (ペニシリン系、ピリン系、麻酔薬、タマゴ、牛乳) 4. その他 ()
(8) 現在他の病院に通院中ですか？	1. いいえ 2. はい 病院名 (先生)
(9) 女性の方について	1. 妊娠中の方は、妊娠 か月 2. 授乳中ですか？ はい ・ いいえ
(10) 治療について	1. 今回は痛むところだけ治療してほしい 2. 悪いところは全部治療したい 3. 先生と相談してから 4. すべて保険内で 5. できるところ保険内で、できないところは保険外で 6. すべて保険外で (白い歯)
(11) 保険外治療の説明はご希望ですか？	1. はい 2. いいえ 3. 先生に任せる
(12) ご意見・ご希望はありませんか？	1. ない 2. ある ()
(13) 終了日の期限のご希望がありますか？	1. ない 2. ある (月 日まで)
(14) 治療をする時間帯はいつでもよろしいですか？	1. いつでも良い 2. 希望あり 月 火 水 木 金 土(時～ 時) 月 火 水 木 金 土(時～ 時)