



問診表

No. _____

_____年 _____月 _____日

ふりがな
氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和

男・女 年 月 日(歳)

住所 〒

☎ 自宅

携帯

SMS

今回はどうなさいましたか？

どちらかに○をつけてください 痛むところだけ治したい・悪いところは治していきたい

その他にお口の中に関する悩み(歯並び・歯の色などを含む)がございましたら、ご記入をお願いします。

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

・ご紹介(様より) ・看板 ・インターネット)
・その他()

歯の治療の経験はございますか？ はい(年前) いいえ

歯の麻酔の経験はございますか？ はい(年前) いいえ

以前通われた歯医者で不安や不満に思ったことはございますか？

当院でご希望されることはございますか？

お薬は飲んでいますか？ いいえ はい()
※おくすり手帳をお持ちの方は大丈夫です。

内科系のご病気はございますか？ いいえ
高血圧 糖尿病 心臓 肝臓 喘息 骨粗鬆症
その他()
※通院されている病院名()

お薬や食べ物でアレルギーはございますか？ いいえ はい()
ゴム製品(ラテックス)でアレルギーはございませんか？ いいえ はい

手術・輸血の経験はございますか？ いいえ はい()

妊娠中の方はご記入ください。 週目・出産予定 年 月