

問診表

ふりがな	生年月日（昭和・平成）	年	月	日
氏名	（ 男・女 ）			
	電話番号（自宅）	（ ）		
	電話番号（携帯）	-	-	
〒	— ☆携帯電話優先でお書き下さい			
住所				

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守致しますので、できるだけ正確に記入して下さい。

1 当院におみえになったのは	☐ はじめて	☐ 前に来た事がある			
	☆紹介されてきた	（ご紹介者名 ）			
2 どこが気になりますか	右上	上前	左上	☐ 歯	☐ 舌
	右下	下前	左下	☐ 歯肉	☐ 唇
				☐ 頬	☐ 顎
3 どのような症状ですか	例…冷たいものがしみる。噛むと痛い。				
	《 》				
4 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか	☐ ない	☐ 肝炎（A型・B型・C型）	☐ 心疾患		
	☐ 骨粗しょう症（内服・注射剤・点滴治療）				
	☐ 高血圧	☐ 脳疾患	☐ 糖尿病	☐ その他（	）
5 薬を飲んで副作用はありませんか	☐ ない	☐ ある	☐ 発疹がでる	☐ かゆくなる	
	☐ その他	（副作用のた薬名・種類）			
6 現在服用している薬はありますか	☐ ない	☐ ある→お薬手帳を提出ください。			
7 妊娠されてますか	☐ いいえ	☐ 妊娠中（出産予定日 年 月 日）			
8 治療内容についてご希望ございますか	☐ 本日の気になる所のみ治療希望				
	☐ 他に悪い所があれば治したい ☐ クリーニングや定期検診希望				
9 予約について…	☐ 平日（月・火・水・金） 時間帯（AM・PM）				
	☐ 土曜 時間帯（AM・PM）				
	☐ 特に希望なし				

ご記入ありがとうございました。

