

ふりがな	生年月日（昭和・平成・令和）	年	月	日
氏名	（ 男・女 ）			
	電話番号（携帯）	-	-	
	電話番号（自宅）	（ ）		
〒	☆携帯電話優先でお書き下さい			
住所	集合住宅のかたは 部屋番号まで ご記入下さい。			
○ 当院をどの様にしてお知りになりましたか？				
☐ 看板 ☐ ネット検索 ☐ ホームページ ☐ 家が近い ☐ 職場が近い				
☐ 以前来たことがある ☐ 家族、知人の紹介（紹介者様）				

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。

● 本日はどこが気になりますか

左上	上前	右上	☐ 歯	☐ 舌	☐ 頬
左下	下前	右下	☐ 歯肉	☐ 唇	☐ 顎

● 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。定期検診希望。

● 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・不明）	☐ 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（	）	

● 薬を飲んで副作用はありませんか

☐ ない	☐ ある	☐ かゆみ、発疹がでる	☐ 血圧低下
☐ その他	（副作用のでた薬名・種類）		

● アレルギーはありますか

☐ ない	☐ ある（	）
-----------------------------	------------------------------	---

● 現在服用している薬はありますか

☐ ない	☐ ある→お薬手帳をご提出ください。
-----------------------------	---

● 妊娠されてますか

☐ いいえ	☐ 妊娠中（出産予定日 R 年 月 ）
------------------------------	--

● 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
☐ 今後、クリーニングや定期検診希望
☐ 今後、他に悪い所があれば治したい

● 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

● 当院よりお願いがございます。

当院は予約制になっております。おひとりずつ治療時間を確保し、準備をしてお待ちしております。

無断キャンセル、予約時間のご遅刻はお控えくださいますようお願いいたします。

問診表のご記入いただきありがとうございました