

問 診 票

初診日 年 月 日

ふりがな	-----	血液型	生 年 月 日	大・昭 年 月 日生(才)
氏 名		男 ・ 女		平・令
住 所	〒 電 話 () - 携帯・緊急連絡先 () -			
勤務先 在 学 校 名	〒			

問診表は個人情報保護法に基づき安全に管理します。

●来院された理由

- 1.痛みがある 5.見た目相談(セラミック) 9.その他()
 2.つめものがとれた(ものあり・ものなし) 6.ホワイトニング
 3.虫歯の治療 7.検診
 4.歯周病の治療・歯石除去 8.義歯を入れて欲しい

●痛みのある方だけ

○どこがお痛みですか 1.歯 2.歯ぐき 3.あご 4.その他()

○いつからですか

○痛み方は 1.痛んだり止んだり 2.ズキズキ痛む 3.重苦しく痛む 4.しみる(冷・温・甘)
 5.噛むと痛い 6.腫れている 7.激痛 8.その他()

○場所 ・右上 ・右下 ・前上 ・前下 ・左上 ・左下 ・その他()

●特異体質やアレルギー-(薬物・食物) 1.ない 2.ある()

●今までにかかった病気は… 1.ない 2.ある(心臓 高血圧 低血圧 肝臓 腎臓 糖尿病 胃)
 3.その他()

●現在服用中の薬があればご記入下さい ()

●現在の健康状態… 1.良好 2.良くない 3.妊娠 ヶ月

●診療に対する希望

●治療する所は 1.悪い所は全部治したい 2.今回は希望するところだけ

●治療する方法は 1.保険範囲内 2.良い方法があればよく相談した上で自費でも良い 3.その他

●麻酔を打って気分が悪くなったことは… 1.ない 2.ある(才頃)

●担当医制について 1.絶対同じ医師が良い 3.特にこだわりは無い
 2.治療が同じであれば医師が変わっても良い

※当院は担当衛生士制を導入しています。

●当医院を何でお知りになりましたか

- ①どなたかの紹介(様) ②タウンページ ③インターネット(Yahoo.Google)
 ④その他()

●現在通院中の病院名を

病院 電話

お書き下さい

医院 電話

◇ご予約日の前日に、電話にて予約確認のご連絡をさせて頂いております!! **高槻ファミリー歯科**

- 1.希望する(可能な時間) 2.希望しない
 ありがとうございます。しばらくお待ち下さい。