

問 診 票

初診日 令和 年 月 日

ふりがな		男	血液型	生年月日	大・昭	年	月	日(才)
氏名		女			平・令			
住所	〒				電 話 () -			
					携帯・緊急連絡先 () -			
勤務先 在 学 校 名	〒							

問診票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.義歯を入れてほしい | |

●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 ()

○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

●現在通院中の病院名を お書き下さい 病院 電話 医院 電話

●診療に対する希望

●治療する方法は 1.保健範囲内 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 2.特にこだわりはない

※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.どなたかのご紹介(様) 2.タウンページ 3.インターネット(Yahoo・Googleなど)

◇ご予約日の前日に、電話にて予約確認のご連絡をさせていただいております！

- 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した。しばらくお待ちください。

高槻ファミリー歯科