

# 問診表

かな		男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
名前			携帯番号				
住所 〒							自宅
勤務先			電話番号	緊急の連絡先			
予約の確認等で、携帯・緊急連絡先へご連絡さしあげても宜しいでしょうか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
定期健診のハガキをご住所にお出ししても良いですか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			

御手数ですがチェックを付けてお答え下さい。

**\*プライバシーは厳守致しますので正確にお答え下さい。**

領収書とは別に明細書がある はい いいえ

(金額が詳しく記載しているものです)

## 当医院を知ったきっかけは？

- 自宅近く 看板 ホームページ 当医院前  
知人・家族( ) タウンページ その他( )

## 次の病気にかかった事がありますか？

- 心臓 肝臓 腎臓 脳梗塞 血液疾患 甲状腺  
貧血 肝炎(A・B・C) 糖尿病 リュウマチ 高血圧  
ぜんそく 骨粗鬆症 うつ病 その他( )

## どうなさいましたか？ 複数可

- 歯が痛い 歯茎が痛い 顎が痛い 口臭が気になる  
歯石とり・クリーニング 歯がグラグラする  
親知らずの抜歯希望・相談 入れ歯があわない  
ホワイトニングがしたい インプラント相談 検診  
歯並びが気になる 鎮静麻酔の相談 全体的に診て欲しい その他( )

## 上記のチェックのある方、お薬の服用はありますか？

- はい (お薬手帳の提示お願いします)  いいえ  
通院病院名( ) 担当医( ) 先生

## いつからですか？

- 本日  ( ) 日前から その他

## アレルギーはありますか？

- ある 食べ物( ) 無い  
お薬( )

## 女性の方に

現在妊娠中、可能性はありますか？

- ある( カ月) ない

## 通院されるのに、御希望の曜日、時間帯はありますか

- はい ( ) 曜日 時間帯 AM PM 遅い時間  
いいえ 何時でも

## 治療後の予防・メンテナンスについて聞きたい

- はい いいえ

## 歯の治療、麻酔、抜歯で何か異常がありましたか？

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた  
熱が出た 麻酔が効かなかった アレルギーがでた  
湿疹 その他( )  
ない

## 治療費について

- すべて保険で なるべく保険で 最も良い治療で  
説明聞いて決めたい

## 被せ物について

金属ではなく白く綺麗で自然な方が良い

- はい いいえ 説明聞いて決めたい

## ホワイトニングに興味はありますか？

- はい いいえ 説明聞きたい

## 期間について

- 時間はかかって良いのでまとめて治療してほしい  
 ( ) 月迄に治療して欲しい その他( )