

# 問診票

フリガナ

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 - 電話番号

携帯電話番号 メールアドレス @

当院を何でお知りになりましたか？具体的に（ ）紹介者（ ）様

1.来院された主な理由	歯が痛い 虫歯がある 口臭がある 歯茎から血が出る 歯がぐらつく 噛み合わせが悪い 腫れた所がある 入れ歯を作りたい 歯のクリーニング ホワイトニング その他( )	
2.現在、医師の治療を受けていますか？	はい いいえ	
3.今の健康状態は？	頑健 普通 病弱	
現在飲んでいる薬がありますか？	薬品名( )	
4.次の病気にかかった事がありますか？	糖尿病 リウマチ 心臓病 高血圧 低血圧 腎臓病 肝臓病 うつ病 結核 その他( )	
5.今までに薬などでアレルギーが出た事は？	ある 具体的に( ) ない	
6.今までに歯を抜いた事がありますか？ あればその時、異常がありましたか？	はい いいえ あった 具体的に( ) 無かった	
7.タバコを吸いますか	はい (一日 本位 歳頃から) 吸ったことがない 吸っていたが禁煙している	
8.女性の方のみ 現在妊娠していますか？	はい (妊娠 ヶ月) いいえ	
9.治療内容の御希望は？	・悪いところはすべて治したい ・希望するところだけ治したい	
10.当院では3MIX-MP法を取り入れています特別な費用は いただきませんが、必要な場合治療を希望されますか？	する	しない
キャンセル待ちを希望されますか？ (他の患者様が予約を取り消された場合、 優先的に連絡して、来院いただきます)	はい 電話による連絡先	いいえ

来院しやすい時間帯を教えてください (曜日を書いて、午前午後夕方のいずれかに○を)

( ) 曜日 午前 午後 夕方

\*この問診票にご記入頂いた個人情報は、院内のカルテ管理及びリコール業務、技工指示以外の目的で使用されることはありません。