

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ	男・女	明・大・昭・平
氏名		年 月 日(才)
住所	《領収書について》 必要(毎回・最終日にまとめて) 不必要 _____	
電話 () -		
勤務先(連絡先)	電話 () -	
紹介者 ()	看板・HP・電話帳・その他 ()	

※当てはまる項目を○で囲んで下さい

1 今日はどうなさいましたか	
① 歯が痛い (ズキズキする 噛むと痛い しみる)	左. 前. 右. 上. 下
② 歯が動いている	左. 前. 右. 上. 下
③ 歯ぐきが腫れている (痛みが ある・ない)	左. 前. 右. 上. 下
④ 入れ歯が合わない (噛めない 痛い所がある)	左. 前. 右. 上. 下
⑤ 入れ歯を作りたい (ゆるい 壊れた)	
⑥ 歯石が気になる	
⑦ 検診してほしい	
⑧ その他 具体的に ()	
以上のようなことが _____ 日前よりある	
2 治療は ① 保険診療の範囲で受けたい ② 保険外の方法も説明を聞いて選びたい ③ よくわからない	
3 現在治療中の病気 高血圧 心臓病 糖尿病 脳疾患 肝臓病 ぜんそく その他 ()	
4 アレルギー体質といわれた事が	ある ない
5 薬で具合が悪くなった事が	ある ない
6 注射で具合が悪くなった事が	ある ない
7 妊娠していれば (月)	
ご希望として	① 困っているところだけを治療したい ② 説明を受けた上で必要なところは治療したい ③ この際悪いところを全部治してほしい

※患者様のお名前、ご住所、ご連絡先、ご回答内容等の個人情報につきましては、
当院の定めた利用目的以外で使用することはございません。