

____年 ____月 ____日

問 診 票

No. _____

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年齢 _____

〒 _____ 携帯番号 _____

住所 _____ 自宅番号 _____

どうされましたか	
いつから	今日から _____ 日前から _____ ずっと前から _____ 時々 _____
歯科で麻酔をして異常が	ない _____ 麻酔をしたことがない _____ ある (_____)
薬アレルギーや特異体質は	ない _____ ある (_____)
疾患は	ない _____ ある (病名 / _____)
今飲んでいる薬は	ない _____ ある (薬品名 / _____)
妊娠・授乳について	ない _____ 妊娠の可能性がある _____ 妊娠している 現在 _____ ヶ月 _____ 授乳中 _____
歯の治療について	健康保険の範囲で治したい _____ 相談して決めたい _____ 多少の費用をかけて丈夫にきれいに治したい _____
今回の治療では	気になるところだけ治したい _____ 相談して決めたい _____ 悪いところは全て治したい _____
現在他歯科で治療中ですか	いいえ _____ はい _____ 最後に治療を受けたのは (_____)
通院に都合の良い日時は	午前 / 午後 _____ 日 月 火 水 木 金 土 _____ いつでも _____
当院をお知りになった理由	知人・友人の紹介 ご紹介者様 : _____ 様 _____ (ご紹介者様に粗品を差し上げています) 看板を見て _____ HP を見て _____ その他 (_____)
その他ご希望等あれば	

ご記入ありがとうございました。診察まで少々お待ち下さい。

村松歯科医院