

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 _____ 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 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