

年 月 日

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年 齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 携 帯 番 号 \_\_\_\_\_

郵 便 番 号 \_\_\_\_\_ 自 宅 番 号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

今日はどうされましたか	( _____ )
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 ( _____ )
薬のアレルギーや特異体質は	ない ある (薬品名 / _____ )
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
現在他院で治療中ですか	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 木 金 土 いつでも
交通手段について	徒歩 _____ 自転車 _____ バイク _____ 車 _____ 電車 _____ その他 ( _____ )
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 ( _____ )
その他ご希望があれば	

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