

問診票

受付年月日: 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年	月	日
お名前		年齢		性別	
ご住所		電話番号			
		携帯電話			
1. 来院の目的	・歯が痛い ・歯がしみる ・歯垢／歯石取り ・虫歯治療 ・定期健診 ・詰め物がとれた ・管理栄養士に相談したい ・ホワイトニングしたい ・入れ歯をつくりたい ・その他 ()				
2. 症状がある場所	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()				
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ()				
4. ご希望の治療方法	・痛みがとれればよい ・悪い所を全部治したい ・根本的に治したい ・保険の適用範囲で治療したい ・保険適用外は自費でも可 ・医師と相談して決めたい ・その他 ()				
5. 抜歯経験	・なし ・あり (具体的な場所:)				
6. 抜歯時の異常(※抜歯経験者)	・なし ・あり (具体的な症状:)				
7. 大きな病気の経験	・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・血圧異常 ・その他 ()				
8. 現在の健康状態	・良い ・普通 ・悪い (具体的な症状:)				
9. 他医療機関の通院の有無	・なし ・あり (医療機関:)				
10. 現在服用中の薬の有無	・なし ・あり (薬名:)				
11. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし ・あり (薬名と症状:)				
12. 妊娠の有無(※女性の方)	・なし ・あり (妊娠 力月) ・可能性あり(未確認)				
13. 来院となったきっかけ (複数回答可)	・建物 ・看板 ・HP ・インターネット検索 ・アシタノ ・西村歯科医院 ・SNS ・チラシ ・紹介者 () ・その他 ()				
14. その他気になる点やご希望があればお書きください					

ご協力ありがとうございました。