

# 問 診 票

初診日:平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	年	月	日生
氏名			年齢	歳	
住所					
TEL		E-mail	@		
勤務先 (職業)			日中連絡先		

診療の参考に致しますので、以下の事項について詳しくお答え下さい。

当院は	はじめて[紹介者: ] 外看板を見て 以前に来た インターネットを見て 都電の看板・ステッカーを見て 電話帳を見て
来院された理由は	虫歯の治療 義歯を入れたい 歯周病(歯槽膿漏)の治療 矯正治療 人口歯根(インプラント)を入れたい 歯科検診 歯のクリーニング 歯を白くしたい その他[ ]
部位は	右上 上前 左上 歯 歯肉 頬 右下 下前 左下 舌 唇 顎
現在の体調は	良好 不良[風邪・疲労・睡眠不足・その他( )] 妊娠中[ か月] 授乳中 病気加療中[病名: 病院・科: ]
過去に病気は	なし 高血圧 脳出血 心臓病 心筋梗塞 狭心症 血液病 腎臓 糖尿病 肝臓 胃腸 自律神経症 リウマチ てんかん 甲状腺 ぜんそく 他[ ]
常用薬は	なし あり[お薬の種類: いつ: ]
血圧は	正常 高い 低い[上 /下 mmHg]
輸血をしたことは	なし あり[いつ: ]
アレルギーは	なし あり[薬・食品・その他( ) 具体的に[ ]
歯を抜いたことは	なし あり
歯を抜いた時の異常は	なし あり[貧血・血が止まりにくい・麻酔が効きにくい・ その他( )]
歯科で気分が悪くなった	いいえ はい[麻酔をしたとき・型をとったとき]
治療内容について	保険の範囲内で 一部自費でもかまわない 最もよい材料と方法で
	治して欲しいところだけ 悪いところを全部
診療予約時間は (当院は予約制です)	いつでもよい 希望の曜日は[月・火・水・金・土・日] 希望の時間は[午前 時、午後 時]

医療法人社団 裕慈会