

診療申込、問診書

年 月 日

※ご記入いただいた内容は治療目的以外には使用致しません。ありのままにご記入下さい。

ふりがな
お名前

年齢 歳 生年月日 年 月 日生

〒
ご住所

電話 自宅 ()
携帯 ()

ご紹介者 様 来院しやすい曜日・時間帯
月 火 水 金 土 日

◎右についてのお答えに○印をお付け下さい。

- | | |
|-------------------------|---|
| ・当院は初めてですか。 | 初めて・前に来た事がある (年頃) |
| ・来院された理由は。 | 歯が痛い・歯ぐきが痛い・血が出る・はれた・
歯が動く・歯並びの異常・
歯が抜けたままになっている・
入歯がこわれた・歯石をとりたい・口臭・
その他 () |
| ・現在、体に異常がありますか。 | 普通・よくない・疲れやすい・
妊娠中 (月)・妊娠の疑い・
通院中 (科)・その他 () |
| ・血圧は。 | 正常・高い・低い・わからない |
| ・血が止まりにくいと言われたことがありますか。 | はい・いいえ |
| ・今までにかかった病気がありますか。 | 心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・呼吸器・胃腸・
耳鼻・皮膚・血液
その他 () |
| ・次の薬を使って異常がありますか。 | 風邪薬・鎮痛剤・ピリン・抗生物質・麻酔剤・
その他 () |
| ・この機会に。 | イ・歯をきれいにしたい
ロ・今痛い歯だけ治したい
ハ・悪い歯は全部治したい |
| ・治療費について | イ・健康保険の範囲内
ロ・多少保険の範囲外の費用がかかってもよい
ハ・医師と相談して方法を決めたい
ニ・最上の診療を希望 (保険外) |
| ・当医院を知ったきっかけは何ですか。 | ジャスコに来て・知人の紹介・HP をみて・
他 () |

※ご記入ありがとうございました