

# 問 診 表

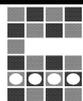
カルテNo. 受付 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
名前				
住所	〒	自宅Tel		
		携帯Tel		
ご職業		勤務先Tel		
勤務先				

こちらから連絡をしてもよい連絡先 自宅Tel・携帯Tel・勤務先Tel

※お答えは○印で囲んでください（複数回答可）

①当院をどのようにしてお知りになりましたか？	1. ホームページをみて 2. 看板をみて 3. 家から近い 4. 職場から近い 5. 家族が通院している 6. 紹介で（紹介者名： _____）
②どうなさいましたか？	1. 歯が痛い 2. 歯茎が痛い 3. つめもの、銀歯、差し歯がとれた・壊れた 4. あごが痛い 5. 治療が必要だと思う歯がある 6. 歯がぐらぐらする・血がでる 7. 歯石をとりたい 8. 入れ歯があわない・痛い・作りたい 9. 審美歯科（自費）をしたい 10. その他（ _____）
③現在の健康状態は？	1. 正常 2. 妊娠中（ _____）ヶ月 3. すぐれない 悪寒・発熱・生理中・その他（ _____）
④歯を抜いたときに異常はありましたか？	1. ない 2. ある 具体的に（ _____）
⑤歯科で麻酔をしたときに異常はありましたか？	1. ない 2. ある 具体的に（ _____）
⑥治療中に気分が悪くなったことはありますか？	1. ない 2. ある 具体的に（ _____）
⑦いままでにかかった病気はありますか？	1. 心臓（ _____） 4. 糖尿病 2. 肝臓（ _____） 5. 高血圧・低血圧 3. 腎臓（ _____） 6. その他（ _____）
⑧現在服用している薬はありますか？	1. ない 2. ある 薬品名（ _____）
⑨アレルギー・ぜんそく・薬の副作用等特別な体質はありますか？	1. ない 2. ある 具体的に（ _____）
⑩喫煙はしますか？	1. いいえ 2. はい 1日に（ _____）本くらい
⑪治療内容、費用について	1. すべて保険の範囲でなおしたい 2. 多少費用はかかっても審美的にきれいになおしたい 3. 今回は希望するところだけ 4. 悪いところはすべて 5. その他（ _____）
⑫今までの歯科治療でとくに不満・要望はありますか？	



ふあみーゆ  
デンタルクリニック

ご協力ありがとうございました。  
〒061-1409 恵庭市 黄金南7丁目9番9  
Tel 0123 33-9944