

問診票

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | |
|---|--|
| ふりがな 氏名 | (男・女) (ご職業: _____) |
| 生年月日 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 才) |
| ご住所 | (〒 _____ - _____) |
| ご連絡先TEL ご希望の連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (_____ - _____) |
| 予約日前日にSMS(携帯電話へ ショートメール)による通知が できますが、ご希望されますか? | する・しない → 携帯電話番号 (_____ - _____) |
| 当院をどのようにして お知りになりましたか? | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家族が通院している _____ 様 <input type="checkbox"/> 通りの看板広告 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ご紹介 _____ 様から <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> 新聞折込 その他 (_____) |
| 今日はいかがなさいましたか? | |
| 本日診療可能なお時間は? | (_____ : _____) くらいまで <input type="checkbox"/> 何時まででも |
| 過去に歯科治療を受けた時に 異常がありましたか? | なかった・あった → 血が止まらなかった・貧血・気分が悪い その他 _____ |
| 最後に歯医者に行ったのは? | _____ 年前・ _____ ヶ月前・ _____ 週間前 (内容は <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検診など) |
| 過去にかかった病気は? | ない・ある → 高血圧・糖尿病・脳梗塞(脳卒中)・心臓病 ガン・骨粗鬆症・腎臓病・肝炎・HIV・梅毒 その他 _____ |
| 現在治療中の病気は? | ない・ある → 高血圧・糖尿病・脳梗塞(脳卒中)・心臓病 ガン・骨粗鬆症・腎臓病・肝炎・HIV・梅毒 その他 _____ |
| 現在飲んでいるおくすりは? | |
| タバコを吸っていますか? | 吸っていない・吸っている (_____ 歳から _____ 歳まで) |
| 薬のアレルギー | ない・ある (薬の名前: _____) |
| その他のアレルギー | 金属(_____)・ゴム・牛乳・その他 (_____) |
| 何かご希望があれば お書きください | |
| 妊娠・授乳中ですか?(女性のみ) | いいえ・はい(妊娠 _____ ヶ月)・授乳中 |

ご記入ありがとうございました
受付にお返してください