

問診票

NO

フリガナ				男	生年月日	昭和				
お名前				女		平成	年	月	日	
							( 歳)			
							令和			
ご住所	〒				血液型	A	B	O	A B	
					自宅電話					
					携帯電話					
勤務先		職業		勤務先電話						

治療するにあたって、大切な情報ですので分かる範囲で詳しくご記入下さい。

1 当院を知ったきっかけ

- 知人、家族の紹介 ( 様 )
- インターネット
- 医院を直接見て
- その他 ( )

2 どうなさいましたか？

後ほど衛生士が詳しく問診させていただきますので簡潔にご記入ください。(例 右上が腫れてる)

3 お身体の状態

- なし
- 心臓病  肝臓病  腎臓病
- 貧血  脳梗塞  甲状腺疾患
- 肝炎ウイルス (B・C)  糖尿病
- 高血圧  リウマチ  骨粗鬆症
- その他 ( )

4 治療について

- なるべく保険治療内で治したい
- 自費診療 (矯正やインプラント) の話も聞きたい

妊娠中ですか？ (女性の方)

- はい  いいえ  妊娠中



5 お薬について

- 飲んでいる ( 2種類まで ・ それ以上 )
- 飲んでいない
- お薬でアレルギーが出たことはありますか？
- はい ( )
- いいえ

6 麻酔について

- 麻酔後、体調を崩したことが
- ある (症状 )
  - ない

※お薬手帳をお持ちの場合は受付へ  
ご提示をお願いします

スタッフ記入欄  
PAガ

7 その他

- ・ お顔のお写真をお撮りさせていただいてもよろしいですか？  はい  いいえ
- ・ 明細書が必要ですか？ (保険診療の点数が細かく記載されているものです)  はい  いいえ
- ・ 定期健診のはがきを希望されますか？  はい  いいえ