

(No. \_\_\_\_\_)

# 問 診 表

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな				
氏名	_____	男・女	明・大・昭・平	_____年_____月_____日( 歳)
住所	〒 _____			
	_____	_____	_____	_____
	道・県	市	町	番地
電話	_____ ( _____ )	緊急時	_____ ( _____ )	
職業	_____	勤務先名	_____	

## 【当院をどこでお知りになりましたか】

看板 ホームページ 広告・チラシ 通院中の方からの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)  
紹介して下さった方は、当院のことをどのようにお話していましたか？よろしければ教えてください

## 【来院理由】

どうされましたか？具体的に教えてください

## 【既往歴】

- なし あり <ありの方は詳しくお聞かせ下さい>
- 心臓病 糖尿病 高血圧 喘息 胃潰瘍 脳梗塞・出血 腫瘍
- 肝臓病（肝炎含む） 骨粗しょう症 腎臓病（透析） エイズ
- その他 ( \_\_\_\_\_ ) 妊娠中もしくは妊娠の可能性・授乳中

【服用中の薬】 なし あり ( \_\_\_\_\_ )

【アレルギーの有無】 なし 抗生剤 麻酔 食べ物 金属 他 ( \_\_\_\_\_ )

【歯科での麻酔・抜歯経験は】 なし あり 他 ( \_\_\_\_\_ )

【その他なにかありましたら、記載お願いいたします】

ご希望や、過去に歯科医院でされて良かった事・嫌だった事など… なんでも結構です。

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください。