

問 診 票

ふりがな		性別	男 女	生年月 日	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (才)
ご住所	〒 ご自宅電話番号 (- - -)				
携帯電話	- - -	ご勤務先	社名		
当院からのご連絡先の優先順位		□ご自宅	□携帯電話		
予約日の前日にLINEの確認配信サービスを行ってあります		□希望する	□希望しない		

今回はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをおさしたい <input type="checkbox"/> その他 ()				
今までかかえられた病気について お答えください ※感染症にかかった事がある方は 必ず申告をお願いします	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神的不調和	<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 最低) <input type="checkbox"/> 血圧疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) <input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 特になし			
かかりつけの病院・通院中の病院	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病院名 :)					
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (名前・種類 :)					
(女性の方へ) 妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (力月)					
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()					
歯の麻酔・抜歯などで 具合が悪くなったことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった ◎嘔吐反射の経験はありますか? (有り・無し)	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた	<input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 熱がでた				
歯ブラシ以外で使用している物 はありますか	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 使用していない	<input type="checkbox"/> 糸ようじ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ジェットウォッシャー				
ご来院に都合の良い 曜日・時間帯	9:00~12:30	月	火	水	木	金	土
	14:30~18:00						
	18:00以降						
ご希望される治療費用 ※より良い見た目や 最先端治療技術による治療は 保険適応外(自費治療)となります	<input type="checkbox"/> すべて健康保険の適応内で治療を希望 <input type="checkbox"/> 健康保険を希望として部分的に自費治療を希望 <input type="checkbox"/> すべて自費治療を希望 <input type="checkbox"/> その他 ()						
当院をお選びいただいた理由	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (お名前) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()						
治療についてご要望があれば 何なりとお書きください							

