

# 問診表

No. \_\_\_\_\_

診療申込日 年 月 日

|             |                   |      |    |   |   |   |
|-------------|-------------------|------|----|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 様<br><br>(男・女)    | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ご住所         |                   |      |    |   |   |   |
| ご連絡先        | 1. (自宅・携帯・ご家族勤務先) |      |    |   |   |   |
| TEL         | 2. (自宅・携帯・ご家族勤務先) |      |    |   |   |   |
| 携帯メールアドレス   | @                 |      |    |   |   |   |

1. どうされましたか？

( )

2. 歯科医院にかかったことは ない / ある

ありますか？ ( 歳 ヶ月頃又は 年くらい前 )

3. 麻酔をしたことは ない / ある ★ その時、問題はありましたか？

ありますか？ ない / ある ( )

4. 特異体質・アレルギー ない / ある ( 薬・食べ物・金属・その他 )

などがありますか？ どのようなのですか？( )

5. 大きな病気・手術等を ない/ ある 心臓・肝臓・血液疾患・鼻の病気・喘息

したことがありますか？ その他 ( )

6. 他の医療機関への通院や ない / ある 病院名 ( )

服用している薬がありますか？ 薬剤名 ( )

いつから？ ( )

7. 通院の曜日や時間帯の ・ いつでもよい

ご希望は？ ・ \_\_\_\_\_曜日 午前 / 午後 \_\_\_\_\_時頃/以降

・ その他 ( )

ヒロ歯科クリニック