よしだ歯科クリニック

問診票

記入日　　年　月　日

フリガナ		男 女	大正 昭和 平成　年　月　日（　歳）
お名前			
ご住所	〒	自宅電話 携帯電話	
こちらから連絡してもよい連絡先	□自宅電話□携帯電話	午前・午後　時頃	
緊急連絡先　名前：	電話：	（続柄）	

当クリニックがマイナ保険証によりあなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報など）を取得することに同意しますか？（はい・いいえ）

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答えください

1、どうなさいましたか？

□　歯が痛い　　□　虫歯がある
□　詰め物、かぶせ物、さし歯が取れた
□　入れ歯の具合が悪い
□　あごが痛い　　□　検診希望
□　その他［　　］

2、当院を知ったきっかけは何ですか？

□医院を直接見て
□知人・家族の紹介（　　）様
□インターネット・ホームページ
□女性の歯科医師がいるから
□地下鉄のアナウンス、駅の看板
□その他（　　）

3、最後に歯科に通ったのはいつですか

□治療　　□定期健診
（　　ヵ月くらい前）（　　年くらい前）

4、現在のお身体の状態は？

□内科など他科に通院している
□薬を飲んでいる（お薬手帳　□あり□なし）
□妊娠中である（　　カ月）
□授乳中である

5、過去または現在に内科的な病気はありますか？

□ない　　□高血圧
□血液疾患　　□胃腸炎
□腎臓病　　□糖尿病
□肝臓病（ウイルス性肝炎A型・B型・C型）
□心臓病　ペースメーカー　有・無
□その他（　　）

6、アレルギーはありますか？

□ない
□ある
　□薬物アレルギー（　　）
　□金属アレルギー（　　）
　□食物アレルギー（　　）

7、治療のご希望について

□悪い所は全部治したい
□痛い所だけ治したい
□見た目が美しい歯を希望する
□保険内での治療を希望する

8、その他ご希望がございましたら教えてください

（　　）

ご記入ありがとうございました。

＊ご提供いただいた情報などは当クリニックが医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。