

NO.

ふりがな	男・女	生年月日	年	月	日
お名前					
〒					
ご住所	お電話番号				
ご勤務先					
ご勤務先住所					

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査してほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃してほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 矯正の相談をしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談をしたい <input type="checkbox"/> その他()
異常個所はわかりますか？	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上中 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下中 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他
異常はいつ頃からですか？	
現在お薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
かかりつけの病院、通院していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名:)
以下の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> その他(病名:)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
タバコを吸いますか？	
女性の方のみお答えください	生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい(ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい
抜歯や麻酔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"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他(症状:)
一日に歯を磨くのは？	一日(回) いく磨きますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
診療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 保険の効かない範囲は話を聞いて検討したい <input type="checkbox"/> 医師と相談しながら決めたい <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治療してほしい
治療に関して興味はありますか？	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 審美治療 <input type="checkbox"/> この中にはない
当院をお選びいただいた理由をお聞かせくださいませ。	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(知人のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそう <input type="checkbox"/> WEB検索 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram
他に気になることがあればご記入ください。	
診療の曜日時間など、ご希望がある場合はご記入ください。	

321デンタルオフィスでは、患者様によりご満足いただける診療を行うため、問診票のご記入をお願いしております。

の部分に☑(チェック)を入れてください。

わかる範囲で結構ですのでご記入くださいませ。ご不明な点はスタッフにお声がけください。

☆英語での診療をご希望でしたら、お知らせください。



※ご記入いただきました内容は、治療以外の目的で使用することはありません。