



問診票

カナ 氏名 男・女 生年月日 年 月 日 年齢 歳

〒 住所

ご連絡先 自宅 ☎ 携帯 □

ご職業 メールアドレス

この問診票は、来院された方に健康状態などをお尋ねし、安心して歯科診療を受けていただくために記録するもので、記載された内容についての秘密は厳守いたします。診療時に問診票に記載された事について再びお尋ねすることがありますが、何卒、ご協力をお願いいたします。また、問診票に記入しづらいことがありましたら、担当医師に直接お話し下さい。受診期間中、健康状態に変化等がございましたら、必ずお申し出下さい。

※以下に記載された質問にお答えください。

Form with multiple rows of questions and checkboxes, including: '本日はどうされましたか?', '具合の悪いところを教えてください', '痛みはありますか?', '歯の治療経験について教えてください', '現在または過去にかかった疾患', '現在、受診している他の医療機関', '現在、服用している薬はありますか?', '薬のアレルギーはありますか?', '女性の方のみお答えください。現在妊娠又は授乳されていますか?', '喫煙されていますか?', '当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?', 'その他の、歯科治療でご希望のある方はご記入下さい。'

※ご協力ありがとうございました。