



フリガナ 男 未婚 生年月日
患者氏名 様 女 既婚 大・昭・平 年 月 日 才

郵便番号 〒

ご住所

携帯電話または自宅（携帯電話をお持ちでない方のみ）

ご職業

勤務先等

☆前日にSMS（ショートメール）にて予約確認のメッセージが届きます。

☆携帯電話をお持ちでない方はご自宅に自動音声による確認電話が入ります。

**問診表は患者さんによりよい治療を受けていただくための大切な参考シートです。
プライバシーは厳守いたしますので正確にご記入下さい。**

1. 今日はどうなさいましたか

- ・歯が痛い ・歯肉が痛い ・つめ物がとれた ・歯を入れたい ・見た目をよくしたい
- ・歯の清掃をして欲しい ・歯並びをなおしたい ・その他（ ）
- ※痛みのある方へ ①どこが痛みますか？ （ ）
- ②痛みはいつごろからですか？ （ ）

2. 当クリニックをお選びいただいた理由をお聞かせください

- ・ご紹介（ ）様） ・家族が通っているから ・家の近くだから ・職場の近くだから
- ・ホームページを見て（検索エンジン：Yahoo / Google / その他 ） ・託児サービスがあるから
- ・駅看板を見て ・情報誌 ・口コミ ・その他（ ）

3. 現在の健康状態はいかがですか **良好・普通・不良**

4. 次の病気にかかったことはありますか **はい・いいえ**

心臓病 高血圧（ / ）喘息 肝臓病（ ）糖尿病 腎臓病 その他（ ）

5. あなたの体に合わない薬がありますか **はい・いいえ**

ペニシリン 麻酔薬 痛み止め アスピリン その他（ ）

6. 現在、常用している薬はありますか **ない・ある（薬品名）**

7. 歯を抜いたことはありますか **ある・ない**

「ある」とお答えいただいた方はその時に異常がありましたか
ない ある（気分が悪くなった 血が止まりにくかった 麻酔が効きにくい）

8. 「女性の方へ」 ①現在、妊娠中・もしくはその可能性がありますか **はい・いいえ**

※治療期間中に妊娠された場合はすぐにお知らせください

ご意見・ご希望がありましたら自由にお書きください

ご記入ありがとうございました。より良い診療に活用させていただきます。