問　診　票

※あなたの情報を、予約の確認および
変更等のご連絡に使用させて頂くことがある
ことを予めご了承ください。

フリガナ		男 女	年令	勤務先	勤務先の電話番号 自宅・勤務先・携帯
姓	名				
現住所　〒□□□-□□□□					
単身赴任の方はご自宅の住所も お書きください。　〒□□□-□□□□					

どうなさいましたか？			□歯が痛い　□つめ物、冠がはずれた □歯の清掃をしてほしい　□入れ歯を入れたい □検査をしてほしい　□定期検診のため □その他（　　）
歯に”ますい”をしたことが ありますか？	ない□	ある□	
歯の”ますい”をした時、何か 異常はありませんでしたか？	ない□	ある□	→　□気分が悪くなった　□貧血をおこした □その他（　　）
歯を抜いたことは ありますか？	ない□	ある□	
歯を抜いた時、何か 異常はありませんでしたか？	ない□	ある□	→　□血が止まらなかった　□貧血をおこした □気分が悪くなった
薬をのんで副作用は ありませんか？	ない□	ある□	→　□胃が痛くなる　□発しんが出来る　□貧血をおこした □気分が悪くなった　□その他（　　）
今までかかったことのある、もしくは 現在治療中の病気はありますか？	ない□	ある□	□心臓　□腎臓　□高血圧　□糖尿　□肝炎　□心療内科 □ぜんそく　□手術　□その他（　　）
今かかっている医院はありますか？	ない□	ある□	→　（院名　　科名　　）
現在服用している薬はありますか？	ない□	ある□	→　（薬名　　）
女性の方へ			□ 妊娠中（　　ヶ月）　□ 授乳中
今回の治療範囲は			□悪いところは全部治したい　□ 困っているところだけ治したい
治療予約時間は			●都合の良い曜日は（　）曜日　●時間は　午前／午後　　時頃 □いつでもよい　□ その都度、相談したい

※ご紹介者が、おられましたらお知らせ下さい。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

※何か気になることなどありましたら、お気軽にご相談くださいませ。　（まつうら歯科クリニック、院長、スタッフ一同より）