

# 問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	昭・平 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	電話番号	
		携帯電話	
		緊急連絡先	

診療を安全に行う為に、わかる範囲内でかまいませんのでご記入をお願いいたします。

1、本日、来院された理由をお選びください。(複数可)

虫歯の治療 入れ歯を入れたい 歯の診査 歯のクリーニング 予防歯科 歯周病治  
療 歯科インプラント ホワイトニング 審美治療 歯の矯正  
相談(セカンドオピニオン) その他 ( )

2、現在、痛みはありますか? ない ・ ある

3、歯科で麻酔の注射を受けたことがありますか? ない ・ ある

その際に異常を感じたことがありますか? ない ・ ある  
具体的に ( )

4、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか? ない ・ ある

アレルギー薬剤名・症状 ( )

食べ物名・症状 ( )

5、今までに大きな病気で病院(入院や手術)にかかったことや、現在治療中の病気はありますか?  
差支えなければ、病名もお願いいたします。

病 名 : \_\_\_\_\_

医院又は病院名 : \_\_\_\_\_

