



歯科問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____

(性別) 男・女

(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日生

(ご住所) 〒 _____

(ご連絡先電話番号) 当院より、連絡を差し上げる場合がございます。ご了承ください。

自宅・携帯 _____

当院では【LINE診察券】を導入しております。LINEを利用されていますか?

利用している 利用していない

■ 来院された主な目的はなんですか (歯が痛い・クリーニング希望など)

■ 今までに歯の治療を受けて体調が悪くなったことがありますか ない ある

■ 最後に歯科医院に行かれたのはいつですか _____ (年前・ヶ月前・日前)

■ 全身疾患について、現在治療中または過去に治療したことのある病気はありますか

ない 心臓病 (ペースメーカー) 高血圧 糖尿病 腎臓病
 肝臓疾患 (B型 C型 その他) 認知症 甲状腺の病気 骨粗鬆症
 その他 _____

■ 現在飲まれているお薬はありますか ない ある ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください

■ 薬や食べ物のアレルギーはございますか ない ある _____

■ (女性の方のみ)現在妊娠中ですか いいえ はい (妊娠 ヶ月)

■ 通院されるのにご都合のいい曜日・お時間帯があればお知らせください

特になし ある _____

■ 歯科の治療に対してご希望などがあればご記入ください

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。