



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 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。