

問診表 (Registration Card) ㊟

令和 年 月 日

名前 性別 男 女

ふりがな

生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年齢

住所 〒

電話番号 携帯番号

メールアドレス

勤務先名称および住所

電話番号 業種

当院はどうやってお知りになりましたか 紹介者

インターネット 看板 その他 ()

今回来院された理由は

それはどこですか

いつからですか

全身の健康状態は 良好 普通 すぐれない

かかりつけの医師 (病院名、科、電話番号)

最近病院や会社で健康診断は受けられましたか はい いいえ

血圧は 最高血圧 / 最低血圧

今までにかかった病気は 心臓病 腎炎 肝炎 糖尿病 リュウマチ

蓄膿 血液病 その他 ()

食べ物やお薬でアレルギーは あり なし

歯科治療について

一番最近ではいつ頃にどんな治療をうけましたか

歯科の麻酔で気分が悪くなったことはありませんか あり なし

血が止まりにくかったことは あり なし

定期的に歯科医にみてもらっていましたか はい いいえ

治療に際してのご希望は その部分だけでよい

詳しく話を聞きたい

最善をつくした完全な口にしてほしい

ご記入有難うございました