問 診 票

平成　年　月　日受付

ふりがな		男・女	大・昭・平 年　月　日生　歳
氏名			
住所	〒		
紹介者		電話番号	
		携帯電話番号	

今後の診療の参考にいたしますので、次の質問にできるだけ正確にお答えください。
なお、この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守することを申し添えます。

来院された理由は・・・	虫歯がある　痛いところがある つめものがとれた　腫れている 噛みにくい　歯を入れたい 顎が痛い　歯並びが気になる 歯を綺麗にしたい　定期検診 その他
場所はどこですか？	右 ・ 左 、 前 、 上 ・ 下　その他（　　）
今の健康状態は・・・	良好　ふつう　やや悪い　悪い
現在かかっている病院はありますか？	高血圧　糖尿病　心臓病　耳鼻の病気 腎臓病　肝臓病　血液疾患　整形外科疾患 その他（　　） 薬を飲んでいる　その薬剤名（　　） 病院名（　　）
過去に何か病気にかかった事がありますか？	はい　病院名（　　） 病名（　　） いいえ
診療範囲について・・・	（　）悪い箇所はできるだけ全部治したい （　）いま病んでいる箇所だけ治したい （　）相談したい
治療に関するご希望は・・・	（　）保険の範囲内で治療して欲しい （　）できるだけ保険で治療したいが、内容によっては自費治療も考えたい （　）できるだけ良い方法と材料で治療してほしい （　）相談したい

女性の方のみにお伺いします

現在・・・	生理中　妊娠中（　　ヶ月）　授乳中

ふくい歯科クリニック