

問診票

年 月 日受付

ふりがな		男・女	大・昭・平
氏名			年 月 日生 歳
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 つめものがとれた 噛みにくい 顎が痛い 歯を綺麗にしたい その他	痛いところがある 腫れている 歯を入れたい 歯並びが気になる 定期検診		
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 腎臓病 その他() 薬を飲んでいる その薬剤名() 病院名()	糖尿病 肝臓病	心臓病 血液疾患	耳鼻の病気 整形外科疾患
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(月)	授乳中
-------	-----	---------	-----

ふくい歯科クリニック