

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名： 生年月日：昭・平・令 年 月 日

〒 (電話)

住 所： (携帯)

お勤め(通学)先： (電話)

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※下記の質問について、当てはまるものに をつけて下さい

当院は初めてですか？

初めて 前に受診したことがある (年くらい)

どのようにして当院を知りましたか？

知人や家族の紹介 (紹介者氏名：)
 看板 家が近所 職場が近所 インターネット

本日はどうされましたか？ (複数回答可)

虫歯治療を希望 詰め物などがとれた 歯が痛い 歯が欠けた
 歯周病治療を希望 歯茎が腫れた 歯が動く 歯茎が痛い
 歯茎から出血する 口臭が気になる
 入れ歯治療を希望 入れ歯の調子が悪い 入れ歯が壊れた
 お口の中の検査・掃除をしたい
 歯並びについて相談したい
 その他 ()

症状はいつからですか？

今日から () 日前から 時々 ずっと以前から

どのような痛み方ですか？ (複数回答可)

ずっと痛い 痛んだり止んだり ズキズキ痛い 噛むと痛い
 しみる (冷たいもの・温かいもの・甘いもの)

最近、歯科治療を受けましたか？

() 年前 () ヶ月前 現在治療中

裏面もご記入ください

