ひかり歯科クリニック

問 診 票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日		年齢	
氏　名	（男・女）	大・昭・平・令　　年　　月　　日		歳	
ご住所	〒　　－				
自宅電話	-　　-	携帯電話	-　　-	ご職業	

どうなさいましたか？	1．歯が痛い　2．虫歯治療をしてほしい　3．歯石を取りたい 4．歯周病を治したい　5．歯を白くしたい　6．歯ならびが気になる 7．入れ歯が合わない、作りたい　8．詰め物、被せ物が外れた 9．その他(　　)
治療のご希望	1．悪い所は全部治したい　2．今病んでる所だけ治したい 3．保険の範囲で治したい　4．必要であれば自費診療を検討 5．その他(　　)
病気の経験	1．心臓病　2．高血圧・低血圧　3．糖尿病 4．肝炎（　　型）　5．骨粗しょう症　6．脳梗塞 7．その他（　　）
現在服用中のお薬	1．なし　2．あり　（薬名　　）
薬の副作用 アレルギーの有無	1．なし　2．あり　（薬名など　　）
現在病院にかかっている	1．なし　2．あり　（病院名 病　名）
妊娠の有無	1．なし　2．あり　（　　カ月）　3．授乳中
お子様の治療のご希望	1．泣いてしまったら中断　2．医師の判断に任せる　3．その他（　　） ※ お名前の呼び方のご希望（　　）
当院をどこで お知りになりましたか？	1．（　　）様からのご紹介　2．ホームページ・インスタグラムを見て 3．建物、看板を見て　4．自宅、職場に近い　5．その他（　　）
その他　ご希望	

ご協力ありがとうございました。