



問診表

No. _____

ご記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	T・S・H・R	年	月 日生
現住所	〒				
連絡先TEL	自宅				
	携帯	連絡可能時間帯 ()			

当クリニックでは、患者様の健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
 お手数ですが、下記の質問へご回答をお願いいたします。

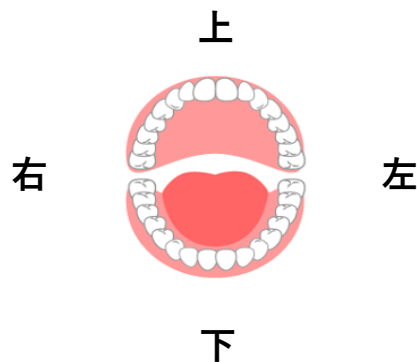
■当クリニックをどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

- ホームページ
- 知人からの紹介（お名前 ）
- 家族の勧め（お名前 ）
- その他（ ）
- 家・職場が近いから
- 口コミを見て・聞いて
- 看板を見て

■来院された理由をお聞かせください。（複数回答可）

- 歯が痛い
- 歯ぐきが痛い
- 義歯の調子が悪い
- クリーニング希望
- その他（ ）
- 歯がしみる
- 歯ぐきが腫れた
- あごの調子が悪い
- 定期健診
- 虫歯がある
- 詰め物・被せ物が取れた
- 歯ぐきから血が出る
- 歯並びが気になる
- 詰め物・銀歯を白くしたい

■気になる部位に○または☑をしてください。（複数回答可）



- 特になし
- 右あご
- 左あご

■どのような治療をご希望ですか？（複数回答可）

- 今痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- 保険の範囲で治したい
- 相談して決めたい
- その他（ ）
- この機会に悪いところは全て治したい
- 保険範囲外でも良い材料と方法で治したい
- 応急処置のみ希望（他院に通院中等）

恐れ入りますが引き続き裏面もご記入ください

