

記入年月日 年 月 日



医療法人大里会

# 大里デンタルクリニック 問診票

ふりがな  
お名前 様 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳

ご住所 〒( )-( )

本人携帯番号

ご家族携帯番号

メールアドレス

学校又は勤務先

おたずねします。当てはまるところに **レ点**を付けてください。

## 今日はどうなさいましたか？

- むし歯がある 歯が痛い 歯肉が痛い 腫れた  
血が出る つめ物がとれた 入れ歯が合わない・破損した  
歯並びの相談 歯の清掃をしたい 検診 その他(\_\_\_\_\_)

## 今まで歯科治療で異常はありませんか？

- ない 麻酔で気分が悪くなった 倒れた  
血が止まりにくかった その他(\_\_\_\_\_)

## 現在・以前(\_\_\_\_\_年前) 病気はありませんか？

- ない 糖尿病 心臓・血管 肝臓 胃腸  
脳梗塞 貧血 高血圧 ぜんそく 結核  
肝炎(B型C型) HIV  
その他(\_\_\_\_\_ ) 現在通院中 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科

## どのような治療を受けたいですか？

※自費の説明を希望されるかの大切な質問です。

- 保険診療内で受けたい  
保険外の方法も聞いて選びたい  
最良の方法を選択したい

## 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか ない ある(出産予定日 月 日)  
裏面もご記入お願いします。

## 当院をどのようにして知りましたか？

- 家族からの紹介(                      様)                       知人からの紹介(                      様)
- 当院のホームページを見て                       自宅または会社から近いから
- その他のウェブサイト(                      )                       その他(                      )
- 看板を見て                       通りすがり                       その他(                      )

## 領収書についておたずねします

(但し、いずれの場合も領収書の再発行はいたしません)

- 毎回領収書を発行して欲しい
- 年末にまとめて領収書を発行して欲しい
- 必要ない

## かかりつけの医師 または病・医院名を教えてください

(科名 \_\_\_\_\_ 病・医院名 \_\_\_\_\_)

## 今飲んでいる薬はありますか

ない                       ある 薬の名前 \_\_\_\_\_

## 薬の副作用・アレルギーはありますか

ない                       ある 薬の名前 \_\_\_\_\_

## その他、当院に対するご要望をお聞かせください

(例: 痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい)

※特に無ければご記入いただかなくてかまいません

ご協力ありがとうございました。

上記問診表の結果は、治療に有効に使用いたします。  
またご不明な点や変更点がありましたら お気軽にお申し出ください。