



# デンタルクリニック・ヒロ 問診票

ふりがな	
<b>お名前</b>	(男・女) 年 月 日生 ( 歳)
<b>住 所</b> 〒	
<b>電話番号</b>	<b>携帯電話番号</b>

1・御来院の理由を○で囲んでください(複数可)

検診 クリーニング 歯が痛い(部位: ) フッ素塗布  
 歯茎の腫れ、痛み(部位: ) 被せ物が取れた(部位: )  
 入れ歯が痛い、壊れた 入れ歯を作りたい 外傷 審美、矯正相談  
 その他( )

2・いつ頃から症状がありますか ( 頃から)

3・現在医師の治療を受けていますか はい( ) いいえ

4・現在くすりを飲んでいますか はい( ) いいえ

5・下記に該当する項目がありましたら○で囲んでください。

心臓の病気 肝臓の病気(肝炎) 腎臓の病気 血液の病気 糖尿病  
 リウマチ 骨粗鬆症 アレルギー 高血圧 低血圧 貧血 呼吸器系  
 梅毒 HIV/AIDS

6・歯の治療は受けたことはありますか はい いいえ

7・歯の麻酔で気分が悪くなったことはありますか はい いいえ

8・治療について、○で囲んでください(複数可)

保険診療のみ希望 必要なら保険外診療でもよい 白い被せ物にしたい  
 インプラント治療を受けたい 矯正治療を受けたい ホワイトニングをしたい

9・治療について希望等御座いましたらお書き下さい。

( )

10・女性の方のみお答え下さい。

A) 現在妊娠している、あるいは妊娠の可能性がある。

はい( 週目) いいえ

B) 現在授乳中である

はい いいえ

11・当院はどこでお知りになりましたか。

看板 インターネット 知人の紹介(紹介者名 様)