



ID :

# 問診票

※赤枠内の記入だけでも大丈夫です

年 月 日記入

患者	ふりがな		生年月日
	氏名	男・女	年 月 日生
	住所	〒 -	
	TEL	① - -	② - -
緊急連絡先	氏名	(患者との関係 : )	
	住所	〒 -	
	TEL	① - -	② - -

来院理由	痛い・しみる等の症状が無い方 (チェックをお願いします:複数回答可)			
	<input type="checkbox"/> 歯の検診・掃除希望		<input type="checkbox"/> (症状は無いが) 虫歯だと思う	
	<input type="checkbox"/> 歯が無い所をどうにかしたい		<input type="checkbox"/> 他・相談など ( )	
	痛い・しみる等の症状がある方 (記入をお願いします:複数記入可)			
	いつから	どこが	どんな時に	どんな症状
(例) 昨日から	右下の奥歯が	冷たい物を飲む時	しみる・痛い	
(例) 先月ぐらいから	左上の部分入れ歯が	ご飯を食べる時	歯茎に当たって痛い	
(例) 先週から	右上の奥の歯茎に	何もしなくても	違和感がある	
治療要望	範囲について (チェックをお願いします)			
	<input type="checkbox"/> 治した方がよい所は全部治したい		<input type="checkbox"/> 今困っている所だけ治療して欲しい	
	<input type="checkbox"/> 他・相談など ( )			
	回数・期間について (チェックをお願いします)			
	<input type="checkbox"/> 治療時間が短く (一回 分以内) 来院回数が多い方がよい			
<input type="checkbox"/> 一回の治療時間は長くなって構わないので来院回数が少ない方がよい				
<input type="checkbox"/> 他・相談など ( )				

※問診票は裏面に続きますので全てご記入ください

