問　診　表

駒込歯科クリニック

受付日　　年　月　日　　No.

お名前（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿ 様	生年月日　　年　月　日生	歳	男・女
ご住所　〒＿＿＿＿＿＿　　TEL			
ご連絡先	ご職業		

どうなさいましたか	□歯が痛い　□つめものがとれた　□歯石がついている □入れ歯を作りたい　□その他　[　　]
どこが痛みますか	□左上　□上前　□右上 □左下　□下前　□右下
どのように痛みますか	□熱いものがしみる　□冷たいものがしみる □ずきずき痛い　□かむと痛い　□時々痛い
いつから痛みますか	□今日から　□　[　] 日前から □ずっと前から　□時々
この機会に	□今痛いところだけ治したい　□悪いところは全部治したい □先生と相談して治したい
診療についてのご希望	□保険の範囲で治したい　□最も良い方法で治したい □保険で出来ないところは自費でもよい
歯を抜いたことがありますか	□ない　□ある
その時異常がありましたか	□ない　□ある どのような異常がありましたか[　　]
今までにかかった病気はありますか	□ない　・ある □心臓病　□肝臓病　□腎臓病 □糖尿病　□胃腸病　□高血圧 □耳鼻科疾患 □その他　[　　]
現在何か薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい　薬の名前 [　　]
薬の副作用はありませんか	□ない　・ある 薬の名前 [　　] どのような副作用ですか[　　]
女性の方へ　現在妊娠中ですか	□いいえ　□はい　妊娠 [　　] 週目
どこでお知りになりましたか。	□看板　□ホームページ　□紹介・紹介者[　　]

ご協力ありがとうございました。