

お体に関するアンケート

診療を行うにあたりあなたのお体のことをお知らせいただくことは非常に重要なことです。
下記のお体に関するアンケートにお答え下さい。なお個人情報の扱いに関しましては十分に留意しております。

今日診療をご希望される方は・・・

お名前	男	・	女	(歳)
生年月日	大正	昭和	平成	年 月 日
ご住所 〒	TEL ()			
ご勤務先 名称				
所在地	TEL ()			

当院をご紹介くださった方がいらっしゃればお名前をお知らせください _____ 様

問診表（○で囲んでください）

どうなさいましたか？	具体的に ()
どこですか？	上 下 右 左 その他 ()
症状はありますか？	ない ある（具体的に)
最近お体で調子の悪いところがありますか？	ない ある（具体的に)
現在何かしらの治療を受けていますか？	ない ある（具体的に)
過去に入院して手術などを受けたことがありますか？	ない ある（具体的に)
過去に次の病気にかかったことはありますか？	高血圧 心臓 肝臓 腎臓 喘息 糖尿病 血液疾患 その他（具体的に)
食べ物で蕁麻疹や下痢などを起こしたことがありますか？	ない ある（具体的に)
薬で蕁麻疹や下痢などを起こしたことがありますか？	ない ある（具体的に)
アトピー性皮膚炎やアレルギー疾患などにかかったことがありますか？	ない ある（具体的に)
歯科治療の際、麻酔をしたことがありますか？	ある ない
歯科治療の麻酔のとき、何か異常はありましたか？	ない ある（具体的に)
今回悪いところが見つければすべて治療することをご希望されますか？	希望する 希望しない
通院しやすい曜日・時間帯があればお書きください。	
当院は保険診療を中心に行っていますが機能性や体に対する優しさなど、よりよい結果が得られると判断した場合、自費診療のご提案をさせて頂いてもよろしいですか？	はい いいえ
その他ご希望や気になることがあればお書き下さい	

ご協力ありがとうございました

堀齒科医院