令和　　年　　月　　日

問　診　票

ふりがな
氏名　　男／女　　生年月日：　　年　　月　　日生

住所　〒　　－

電話番号：　　緊急連絡先(携帯)：　　ご職業：

Mail add：

〔定期健診の予約をメールでお知らせします〕　＊「@stransa.ne.jp」のドメイン解除をお願いします

QRコードから診察券番号、お名前(フルネーム)を入力して送信いただければ登録可能です。

＊この問診票は患者様に安全な歯科治療を提供するために必要な情報となりますので、できるだけ詳細にご記入ください。ご提供いただいた個人情報は、診療以外の目的で使用されることはありません。

〇お口の中の症状、気になる事をご記入ください。

〇過去に歯医者さんで治療をしたことはありますか？
□行ったことがない　□虫歯の治療　□歯周病の治療　□抜歯
□根の治療　□矯正　□入れ歯　□歯のクリーニング

〇以前に麻酔の注射をして気分が悪くなったことはありますか？
□なし　□ある

〇現在もしくは過去にかかられた病気、服用している薬はありますか？
□循環器　□呼吸器　□消化器　□肝臓　□腎臓　□脳　□糖尿病
□血圧　□骨粗しょう症
□感染症（　　）　□その他（　　）

内服している薬：　　かかっている病院：

〇薬、食べ物、金属、ゴムなどでアレルギーや気分の悪くなる物はありますか？
□なし　□ある（薬・食べ物・金属・ゴム）

〇現在たばこを吸っていますか？
□吸っている　□吸っていない

〇虫歯や歯周病の治療以外にご希望されていることはありますか？
□なし　□PMTC　□着色除去　□ホワイトニング　□インプラント　□矯正
□入れ歯　□その他（　　）

〇当クリニックにご来院されたのは？
□ご家族のご紹介〔お名前　　〕　□知人のご紹介〔お名前　　〕
□大宮林医院に通院　□家が近い　□仕事場が近い　□インターネットを見て

〇女性の方のみお答えください
□妊娠中である（妊娠　　週）　□授乳中である（授乳間隔　　時間おき）　□妊娠の可能性がある
□経口避妊薬を服用中である　□生理中である

〇来院できない曜日、もしくは来院希望曜日をご記入ください

ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお渡しの上、もうしばらくお待ちください。

林歯科クリニック