

# T's歯科クリニック 問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭 平・令	年	月 日 ( 歳)
住所					
ご自宅電話番号		携帯番号			
緊急連絡先	(名称 続柄 )				
■ 歯科麻酔で異常はありませんでしたか	ない ・ ある				
■ 妊娠または授乳中ですか	いいえ ・ はい (妊娠 月/予定日 ) ・ 授乳中				
■ 病歴について なし ・ あり	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳血管疾患 ・ 心臓疾患 ・ 骨粗鬆症 肝臓病、肺炎( 型) ・ アレルギー( ) その他( ) かかりつけ医( )				
■ 治療のご希望について	<input type="checkbox"/> 気になるところのみ希望 <input type="checkbox"/> 検診結果により決めたい				
■ 当院に来院されたのは	・初めて(ホームページ ・ 勤務先 ・ 自宅に近い) ・ご紹介( 様) ・過去に受診した( 年 月頃) ・その他( )				