

問診表

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女()歳 明・大・昭・平 年 月 日
〒 住所	電話番号
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> PC
ご紹介者	様 又は <input type="checkbox"/> 医院ホームページ

●治療の参考にいたしますので、なるべく詳しくお答えください。

1. 本日、来院された理由をお書き下さい。

痛み 歯並び 歯周病 義歯 詰め物がとれた 検診 ホワイトニング その他

2. 麻酔や歯を抜いた時、何か異常がありましたか？

はい いいえ

3. お薬や食べ物で、副作用やアレルギーはありましたか？

はい いいえ

4. 現在、および過去にかかった病気はありますか？

心臓 肝臓 腎臓 胃腸 高血圧 脳血管 糖尿 血液病 精神
アレルギー 喘息 その他 ()

5. 現在、定期的にお薬を飲んでますか？

はい いいえ

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？

はい いいえ

7. 何かご希望はありますか？

8. 何をみてこのホームページをアクセスしましたか？

検索エンジンから ご紹介者から SHOP CARD その他 ()

 柳原歯科医院

〒639-0265 奈良県香芝市上中 833-3

TEL:0745-77-1124 / FAX:0745-51-0030

診療時間：平日 9:00～12:00 / 14:30～17:30

土曜 9:00～12:00 / 14:00～17:30

休診日：木曜日・日曜日・祝日



問診表にご記入の上、ご持参いただいた方に【歯ブラシ】1本プレゼント！