

# 問診票(再初診用)

令和 年 月 日

■氏名

■住所

〒

■電話番号（自宅）

■携帯番号

※無断キャンセル、模型の取り直しなどの際お電話させて頂く事があります

■本日来院された理由

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 定期検診をしたい        | <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい   |
| <input type="checkbox"/> 詰め物(さし歯など) がとれた | <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた       |
| <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い         | <input type="checkbox"/> 入れ歯（義歯）が合わない |
| <input type="checkbox"/> ホワイトニングがしたい     | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる     |
| <input type="checkbox"/> その他（            | ）                                     |

■現在痛みはありますか

- ある いつから（

） ない

■現在他の医療機関にかかっていますか

- はい（医療機関名：

（担当医：

） いいえ  
）

はいとお答えした方

（病名：

現在飲んでいるお薬はありますか

ある（服用薬：

）

） ない