

関原デンタルクリニック 問診表 (web)

	記載日	年	月	日
(ふりがな) お名前	男・女	血液型	型	既婚・未婚
	明・大・昭・平	年	月	日生 才
自宅ご住所 〒	自宅電話 ()			
	携帯番号 ()			
メールアドレス @				
ご希望連絡先(ご予約の確認などのご連絡にのみ使用させていただきます) ご自宅 ・ 携帯電話 ・ Eメール ・ お勤め先				
お勤め先会社名()業種()職種()				
お勤め先住所 会社電話 ()				
世帯主名 　　　　　　　　　　ご職業() 　　　　　　　　　　ご連絡先() (または保護者名)				
当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？ 看板広告 通りすがり 折込広告 ホームページ 知人・友人の紹介(お名前) その他()				
通院に便利な 月 火 水 木 金 土 日 曜日と時間帯 () () () () () () ()				

以下の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。(該当箇所を つけて下さい)

1. 今一番のお悩みは何ですか？ 痛み 腫れ 虫歯 しみる かみ合わせ その他()
2. 歯科の治療に対し、どういった印象ですか？ 痛い 怖い その他()
3. 恐かったり、痛かったりした治療は何の治療ですか？ 削る 抜く 注射 その他()
4. 次の病気をしたことはありますか？ 結核 心臓・血管の病気 糖尿病 肝臓病 腎臓病
高血圧 貧血 その他()
5. 体に合わないお薬はありますか？ ペニシリン 麻酔薬 痛み止め アスピリン その他
6. 現在服用している薬はありますか？ ある()・ない
7. あなたの健康状態を教えてください 極めて良好 良好 普通 不調

個人情報の保護、取り扱いにつきまして、当医院では患者様の個人情報については、細心の注意をもって、保管・管理に取り組んでおります。



関原デンタルクリニック

〒211-0011

神奈川県川崎市中原区下沼部1810-1シティハウス武蔵小杉2階

TEL.044-750-7555

URL. <http://www.sekihara-dc.net>

E-mail. info@sekihara-dc.net

受付時間の短縮ご希望の方は、お電話でご予約の上、こちらの問診表をFAX、メールでお送り下さい。

FAX:044-750-7556

E-mail:info@sekihara-dc.net