

★ハロースマイル歯科問診票★

記入日 平成 年 月 日	ご紹介者
(ふりがな) ご氏名	性別(男 女)年齢 才
生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	生まれ
ご住所 〒	電話番号:
	携帯番号:
勤務先、学校名	当院を何でお知りになりましたか? ① インターネット ② タウンページ ③ 口コミ

● どうなさいましたか？

● 歯を抜いた事がありますか？

はい・いいえ

「はい」と答えた方、あてはまるものに○をつけてください。

大丈夫だった 気分が悪くなった
 熱がでた 血が止まりにくかった
 その他()

● アレルギーがある方はご記入ください。

● 今まで歯科治療で麻酔をした事がありますか？

はい・いいえ

「はい」と答えた方、あてはまるものに○をつけてください。

大丈夫だった 気分が悪くなった
 その他()

● 現在、他の医院への通院はありますか？

[] 病院
 [] 医院
 [] 歯科医院

● 現在、服用中の薬はありますか？

● 今までにかかった事のある病気に○をつけてください。

骨粗しょう症
 心臓・肝臓・腎臓・結核・貧血・アトピー・神経症
 肝炎(A B C)・家族が肝炎
 糖尿病(血糖値)・高血圧(血圧)
 胃腸障害・精神病・ぜん息・輸血の経験あり
 その他 ()

平日17時までに来院できる方は○をつけてください。()

※比較的、治療が早くすすみますので教えてください。

通院可能な曜日がある程度わかっている方は教えてください。

[]

※ 女性の方へ、現在妊娠中ですか？ いいえ・はい(妊娠 ヶ月)

☆毎月最初の診察時、及び保険証の変更がありましたら受付に保険証を提示して下さい