

グランツ歯科室 問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生	血液型		職業	
住所	〒 ー			電話	自宅 () ー 携帯 () ー		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む						
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他				
過去に入院手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名				
常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある					
女性の方へ妊娠は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠	ヶ月	<input type="checkbox"/> 産後	ヶ月		
当医院への来院は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介() <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 自宅・会社が近いから <input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> その他						
予約のご希望は	予約は 曜日 時頃が希望						

* 記入された個人情報は、グランツ歯科室個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。