

問診表

フリガナ
名前

_____ 男・女

生年月日

T・S・H・R _____ 年 月 日 (歳)

住所

〒

TEL
携帯

*電話番号は、なるべく携帯電話の番号をご記入下さい。

TEL

勤務先又は学校名

問1. 本日は、どの様にご相談ですか？

問2. ご希望の治療はございますか？

問3. 薬や食べ物等のアレルギーがある、もしくは特異体質などと言われたことがありますか？
ある方は、詳しくお知らせ下さい。

いいえ・はい ()

問4. 今までに大きな病気をされた事がありますか？ある方は病名をお知らせ下さい。

いいえ・はい ()

問5. 現在、他の病院に通院中ですか？通院中の方は、その病名と病院名をお知らせ下さい。

いいえ・はい ()

問6. 現在、常用している薬がありますか？ある方は、その薬をお知らせ下さい。

いいえ・はい ()

問7. 歯科の麻酔で、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ・はい ()

問8. 当院からのダイレクトメールをご希望されますか？

いいえ・はい

問9. 当クリニックは何でお知りになりましたか？

・インターネット ()
・看板 ()
・雑誌 (雑誌名) ()
・紹介 (紹介者) (様) ()
・その他 ()

問10. こちらからご連絡差し上げる場合のご希望の日時をお知らせください。

第1希望 月 日 時頃

第2希望 月 日 時頃

第3希望 月 日 時頃

送信先 03-5347-2905(ミキクリニック)

長尾医院