

診療・問診票

(受付) 年 月 日

カルテ NO.

フリガナ

氏名 _____

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 (歳) 男・女

住所 〒 _____

TEL _____ 職業 _____

携帯電話 _____ メールアドレス _____

・ 今日ほどの様な治療のご希望、又はご相談でいらっしゃいましたか？

(今回、当院に来院された主な理由、一番気になる症状、改善したいことなど。)

この項目は必ずご記入ください

・ 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ・ブログ・新聞・院長著書・雑誌 ()

広告・知人紹介・その他 ()

・ 現病歴 (現在お医者さんにかかっている病名、症状、具合の良くない状態など。)

・ 既往歴 (以前かかったことのある大きな病気、受けたことのある手術など。)

・ 特記事項 (特に前もって、伝えておきたいことなど。)

かみ合わせ・あごずれの症状の方は次のページもお願いします。

わからない項目等はお気軽にスタッフにおたずねください。