



ARA デンタルオフィス 問診表

年 月 日

あなた様の健康状態を教えてください。診断・治療をしていく上でとても重要です。なるべく詳しくご記入いただけますよう、よろしくお願いします。

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	T・S・H	年 月 日	年齢 歳 血液型
住 所	〒 _____			TEL		
	_____			携帯電話		
	_____			e-mail		
職業(勤務先)						

1. 今日はどうなさいましたか？			
痛い	しみる (冷・温)	腫れた	咬めない
その他(具体的に) _____			
位置	右上	上前歯	左上
	右下	下前歯	左下

2. 次のようなご病気の治療を受けたことがありますか？(はいの方は該当事項に○または記述願います)		
回 答	いいえ	はい
高血圧 糖尿病 狭心症・心筋梗塞 肝臓疾患 肝炎・肝臓疾患 呼吸疾患・喘息 その他()		

3. 次の治療を受けたことがありますか？(はいの方は該当事項に○または記述願います)		
回 答	いいえ	はい
ステロイド治療 人工透析 インシュリン投与 その他()		

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？	
いいえ	はい()

5. 輸血を受けたことがありますか？	
いいえ	はい

6. 麻酔(全身、局所)で手術をしたことがありますか？ はいの方は、どのような手術ですか？	
いいえ	はい()

7. 麻酔、歯の治療で気分が悪くなったことがありますか？	
いいえ	はい

8. 薬、食物でアレルギーがありますか？	
いいえ	はい()

9. 女性の方に、現在妊娠中あるいは、妊娠の可能性はありますか？	
いいえ	はい

10. 治療に対してご希望がありましたら、記入願います。	

11. 当院の診療で、	
1. 保険診療内での治療を希望する。	
2. 相談により、自費診療も希望する。	

12. 当院を選ばれた理由(複数回答可)		
ご紹介()	チラシ	広告
近隣(自宅・勤務先:)		
インターネット(下記入) その他()		
検索した(Yahoo、Google、他) 検索文字()		
当医院を知っていて、ホームページを検索、閲覧した。		
検索で当院を初めて知る(広告を見た その他:)		
医院紹介サイトなどで知る(サイト名:)		

* 初診または再診の方へのお願い:

この問診表を印刷し記入して持参していただきますと、景品(歯ブラシ)を1本差し上げます。

ARA デンタルオフィス TEL:03-6447-2350

案内:銀座線外苑前下車 3番出口徒歩 20 秒

港区北青山 2-7-20 川志満ビル 2F