

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ					大・昭・平
氏名				男・女	年 月 日生まれ () 才
職業		勤務先名		紹介者	様
住	〒 - (自 宅)			電話() -	
				携帯() -	
所	〒 - (勤務先)			電話() -	

A.来院されたきっかけは何ですか？

1. 歯が痛い
2. 歯ぐきが痛い
3. つめもの・差し歯がとれた
4. あごが痛い
5. 治療が必要だと思ふ歯がある
6. 歯がぐらぐらする・血がでる
7. 歯石をとりたい (クリーニング希望)
8. 歯を白くしたい
9. 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
10. 歯並び・かみあわせが気になる
11. 口臭が気になる
12. インプラント希望・相談
13. 口の中を全体的に検査したい
14. その他()

B.当医院をどのようにしてお知りになりましたか？

1. インターネット・ホームページをみて
2. 電話帳をみて
3. 知人・家族の紹介
4. 家・職場が近所なので
5. その他()

C.今までの歯科治療について不満、要望等あったらご記入下さい。

.....

.....

.....



ヒロデンタルクリニック

院長 堅木 浩 樹