

問 診 票

	平成 年 月 日	時 分 予約	
フリガナ 氏 名	大正 昭和 平成	年 月 日生(満 歳)	男 女
〒 住所		電話 携帯	— — — —
勤務先		電話	— —

●治療の参考にいたしますので、お答えください。

1. 本日来院された理由をご記入ください。

2. 今までに、食べ物やお薬などでアレルギーがでたことがありますか？ はい いいえ

3. 麻酔をした時や、歯を抜いた時、なにか異常がありましたか？ はい いいえ

4. 現在および過去に以下の病気にかかったことがありますか？

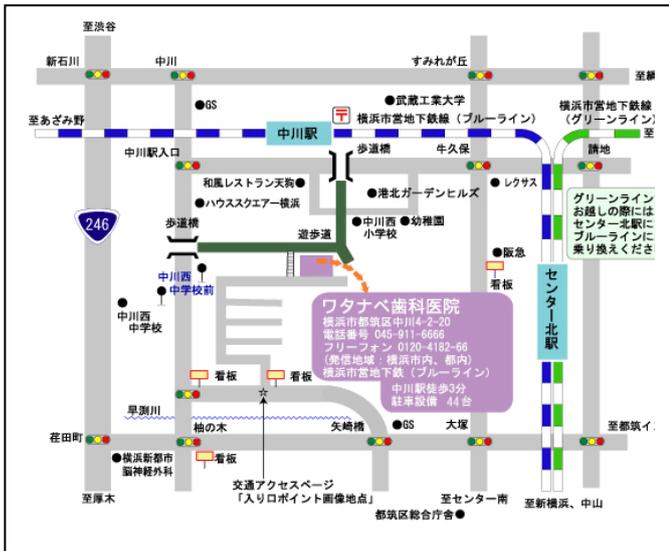
- 心臓 肝臓 腎臓 胃腸 高血圧 甲状腺 脳血管 糖尿病 血液疾患
アレルギー ぜんそく その他()

5. 女性の方のみお答えください。現在妊娠中ですか？ はい() いいえ

6. 今現在、定期的にお薬をのんでいますか？ はい いいえ

7. 歯科の治療は怖い、痛いと思いますか？ はい いいえ

8. 当院では、歯科用CTスキャナー(3D-CT)を導入しております。
 ※3D-CTは少ない侵襲(負担)で、高い治療効果をあげることができます。
希望する 希望しない わからない



医療法人 社団同仁会 ワタナベ歯科医院
 ジャパンインプラントセンター
 シニア口腔ケアセンター

◆ご来院の際にはお電話でご予約ください◆

・診療時間/休診日
 平日、土、日 09:00~20:00(昼休12:30~14:00)
 祝祭日 09:00~17:00(昼休12:30~14:00)
 休診日 年中無休

・住所 〒224-0001 神奈川県横浜市都筑区中川4-2-20
 ・電話番号 045-911-6666
 ・FAX番号 045-911-7317
 ・フリーフォン 0120-418266(発信:横浜市内、都内)
 ・アクセス(最寄り駅)
 横浜市営地下鉄線・中川駅 徒歩4分
 駐車設備35台完備