

濟生會西条病院

氏 名：

連絡先：(携帯電話) (固定電話)

齒科口腔外科問診票

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効率的に進めます。
枠内の必要事項をご記入ください。

●次の事についてお伺いします。(□にチェック、または該当する箇所に記入をお願いします。)

かかりつけ歯科は ありますか。	☐ あり クリニック名： ☐ なし
☐ の中への麻酔経験は ありますか。	☐ あり ☐ なし
麻酔で気分不良などの 経験はありますか。	☐ あり ☐ なし
入れ歯の方へ	約 年前に作製した ☐ 咬めている ☐ 咬めない
保険外の治療 (自由診療)	☐ 希望しない ☐ 希望する ☐ 必要に応じて相談したい

◆いつからどこがどのような状態ですか。（具体的に記入してください）

--

現在痛みがありますか。 ☐強く痛い ☐少し痛い ☐痛くない

● お薬手帳を持参していますか 【 はい ・ いいえ 】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。