

# 問 診 票

(歯科・エステ共通)

ご記入日 年 月 日

ふりがな		連絡先 電話番号	自宅 ( )
氏名			携帯 ( )
現住所	〒 -	生年月日	
		年 月 日	生 歳

当院は、あなたの健康状態を知り、安全な治療・施術に努めたいと考えています。  
下記質問へのご回答をお願いいたします。

①現在治療中の病気(全身性疾患)はありますか？ ある・ない

高血圧 腎臓病 心臓病 肝臓病 関節リウマチ 骨粗しょう症 糖尿病  
脂質代謝異常 花粉症 喘息・アレルギー皮膚炎 その他( )

②現在医師から処方されている服用中の薬剤がありますか？ ある・ない

お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か)

③薬や食べ物などでアレルギーはありますか？ ある・ない

それは何ですか？

④当院の処置で、どのような効果を期待されますか？

例:外出を楽しみたい 笑顔を美しく見せたい・・・など

◎ご記入いただきありがとうございます。折り返しご連絡させていただきます。

ファックス の場合	FAX番号	( )
Eメール の場合	メールアドレス	@
ご郵送 の場合	ご希望の郵送先	〒