

問診表

ふりがな: _____	年齢: _____ 歳	職業: _____
お名前: _____	勤務先: _____	TEL: _____
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別: 男・女	電話番号: _____	携帯番号: _____
ご住所: 〒 _____	当歯科医院には: <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前来た(_____ 年 _____ ヶ月前)	

1. 本日はどうされましたか (来院の目的)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石取りをしてほしい(全体のクリーニング) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 次の病気をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 循環器疾患(不整脈、心疾患など) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞、脳卒中など) <input type="checkbox"/> 神経疾患(パーキンソンなど) <input type="checkbox"/> 肝炎(_____ 型) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(喘息、肺炎など) <input type="checkbox"/> 腎疾患(腎臓病、腎不全、透析など) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 消化器疾患(食道、胃、小腸、大腸など) <input type="checkbox"/> 血液疾患(貧血、白血病など) <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患
3. 現在飲んでいるお薬はありますか? お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬剤名 (_____) (_____) (_____) (_____) (_____) (_____) かかりつけの病院名 (_____)
4. 薬や食べ物でアレルギーや蕁麻疹、胃痛を起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____) (_____) (_____) (_____) (_____) (_____)
5. 歯を抜いたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 正常であった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった(<input type="checkbox"/> 麻酔時 <input type="checkbox"/> 抜歯時) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった)
6. 血が止まりにくかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
7. 女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ ヶ月(_____ 週))

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

ありがとうございました。しばらくお待ちください。
心配なことなどがありましたら、お気軽にご相談ください。