

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: ☐ 初めて ☐ 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)	☐ 歯が痛い ☐ 歯茎が痛い ☐ つめものが取れた ☐ 歯周病が気になる ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯を入れたい ☐ 歯石取りをしてほしい(全体のクリーニング) ☐ 検診 ☐ ホワイトニング ☐ その他(_____)
2. 次の病気をしたことがありますか?	☐ 高血圧 ☐ 循環器疾患(不整脈、心疾患など) ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 泌尿器科 ☐ 脳血管疾患(脳梗塞、脳卒中など) ☐ 神経疾患(パーキンソンなど) ☐ 肝炎(_____ 型) ☐ 呼吸器疾患(喘息、肺炎など) ☐ 腎疾患(腎臓病、腎不全、透析など) ☐ HIV ☐ 消化器疾患(食道、胃、小腸、大腸など) ☐ 血液疾患(貧血、白血病など) ☐ 婦人科疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他
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	☐ ない ☐ 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?	☐ ない ☐ ある (_____)(_____)(_____) (_____)(_____)(_____)
5. 歯を抜いたことがありますか?	☐ ない ☐ ある (☐ 正常であった ☐ 気分が悪くなった(☐ 麻酔時 ☐ 抜歯時) ☐ 血が止まりにくかった)
6. 歯の治療で麻酔をしたことはありますか?	☐ ない ☐ ある (☐ 正常であった ☐ 気分が悪くなった)
7. 女性の方へ	☐ 妊娠していない ☐ 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。