No.

年　月　日

問診表

ふりがな: お名前: 生年月日:　年　月　日生　性別: 男・女	年齢: 歳	職業: 勤務先:　TEL:
	電話番号: 携帯番号: メールアドレス:	
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)　□骨粗しょう症 □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。

はなだ歯科医院