

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	年	月	日
氏名					
住所	電話番号		自宅 ()	—	
			携帯 ()	—	

当院への来院ははじめてですか？ はじめて 前に来たことがある (月前 ・ 年前)

当院をえられた理由は？

 ご紹介 () インターネット 近所だから その他 ()

どうなさいましたか？ (複数回答可)

 歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れている 歯石を取りたい 詰め物、かぶせ物が取れた 歯並びをなおしたい 入れ歯の調子が悪い 入れ歯を作りたい その他 ()歯科麻酔をしたことがありますか？ ない ある (異常なし ・ 異常あり _____)歯を抜いた時はどうでしたか？ 異常なし 異常あり ()

アレルギーはありますか？

 ない ある (薬剤 ・ 金属 ・ 食物 ・ ゴム ・ その他 _____)全身の健康状態について 妊娠中 授乳中 その他 ()タバコの頻度について 吸わない 吸う (一日に 本程度)

今までにかかった病気はありますか？

 ない ある [高血圧症 (/ mmHg) ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 腎臓病
糖尿病 (HbA1c %) ・ 肝臓病 (B 型肝炎 ・ C 型肝炎 ・ その他)
骨粗しょう症 ・ その他 ()]

かかりつけの先生のお名前をご存知ですか？

病院	科	先生
病院	科	先生

現在飲んでいるお薬はありますか？

 ない ある [血液サラサラの薬 ・ 心臓の薬 ・ 骨粗しょう症の薬 (注射 ・ 飲み薬)
その他 ()]

診療についてのご希望はありますか？

 いま困っているところだけを治したい 悪いところは全部治したい 説明を受けてから決めたい

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報 (受診歴、健診歴、服薬情報等) を取得することに同意しますか？

 はい いいえ

スタッフ記入欄