

問診表

no.

フリガナ		性別	男・女	生年月日	(西暦 年) 大 昭 平 令 年 月 日	年齢	
お名前							
現住所	〒			電話番号	(自宅) - - (携帯) - -		
勤務先 (学校)				家族構成	配偶者 (あり・なし) お子さん (いる・いない)		

今後より良い診療を行うため、以下の項目もご記入下さい。

どうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none">・ 歯が痛い・ 歯がしみる・ 歯ぐきが痛い・ つめもの、かぶせものがとれた・ 入れ歯の具合が悪い・ お口の掃除、歯石をとりたい・ 歯並びが気になる・ 検診希望・ その他 ()
○今までに、麻酔の注射をして歯の治療をしたことがありますか	はい ・ いいえ
(はいと答えた方) その時、気分が悪くなったりしましたか	はい ・ いいえ
○歯を抜いたことはありますか	はい ・ いいえ
(はいと答えた方) その時、血が止まりにくかったりしましたか	はい ・ いいえ
今までに、また現在かかっている病気はありますか	<ul style="list-style-type: none">・ 心臓病・ 肝臓病・ 腎臓病・ 脳疾患・ 高血圧・ 糖尿病・ 肝炎・ ぜんそく・ 貧血・ ちくのう症・ 骨粗しょう症・ その他 ()・ 特にない
現在飲んでいる薬はありますか	はい ・ いいえ (名前)
現在通院している病院はありますか	はい ・ いいえ (医院名 担当医)

裏面もご記入お願いいたします

