

問診票

ふりがな
お名前

大正
昭和
平成
生年月日 年 月 日 歳

ご住所 〒 _____

自宅
携帯

◎当院を知ったきっかけ

- ・ 近くて通いやすい
- ・ ホームページ
- ・ 家族の方が来られている（ご家族氏名 _____ 様 _____ 様）
- ・ 知人の紹介（紹介者氏名 _____ 様 _____ 様）
- ・ その他（ _____ ）

①
今回受診された理由について
お尋ねします。

- ・ 歯石とり、クリーニング
- ・ 痛い・しみる（右上 / 右下 / 左上 / 左下 / 前歯）
- ・ 詰め物がとれた（右上 / 右下 / 左上 / 左下 / 前歯）
- ・ 腫れた（右上 / 右下 / 左上 / 左下 / 前歯）
- ・ 歯並びが気になる
- ・ 入れ歯を入れたい
- ・ インプラント
- ・ その他（ _____ ）

②
これまで病気にかかったことは
ありますか？

- ・ 特になし
- ・ B型肝炎 ・ C型肝炎
- ・ 脳梗塞 / 脳卒中 _____ 年 _____ 月頃
- ・ 心筋梗塞 / 狭心症 _____ 年 _____ 月頃
- ・ 腎臓病（人工透析をうけて ・ いる ・ いない）
- ・ 悪性腫瘍（放射線治療うけて ・ いる ・ いない）
- ・ 骨粗鬆症
- ・ 高血圧（最高 _____ 最低 _____ ）
- ・ 低血圧（最高 _____ 最低 _____ ）
- ・ ぜんそく
- ・ てんかん
- ・ その他（ _____ ）

③
上記の病気で現在も通院して
いますか？

- ・ いいえ ・ はい _____ 病院
- _____ 科
- _____ 先生

④
現在服用してるお薬は
ありますか？

- ・ ない
- ・ ある（あると答えた方は、下記にご記入と、お薬手帳を受付にご提示ください。）

⑤
上記であると答えた方に
お尋ねします。
お薬の種類・名前も分かればご
記入ください。

- ・ 抗生物質 (薬名: _____)
- ・ 血をサラサラにする薬 (薬名: _____)
- ・ 骨粗鬆症の薬 (薬名: _____)
- ・ 精神安定剤 (薬名: _____)
- ・ 心臓の薬 (薬名: _____)
- ・ 血圧の薬 (薬名: _____)
- ・ その他 (薬名: _____)

📄 お手数ですが裏面もご記入ください。

<p>⑥ 薬・食品・金属などアレルギー（発疹・発熱・吐き気等）を起こしたことがありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある 薬 _____ <li style="padding-left: 20px;">食品 _____ <li style="padding-left: 20px;">その他 _____
<p>⑦ 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ない ・ ある 妊娠 _____ か月 予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<p>⑧ 女性の方にお尋ねします。現在授乳中ですか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いいえ ・ はい
<p>⑨ 喫煙についてお尋ねします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 吸っている (1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年) ・ 吸っていたことがある (1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年) ・ 吸っていない
<p>⑩ 診療のご希望、治療範囲についてお尋ねします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今、痛いところだけを治したい ・ 他にも悪いところがあれば治したい ・ 医師に任せたい
<p>⑪ その他、治療を受けるうえで不明な点やご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。</p>	

※ご記入いただいた情報は個人情報保護法に基づき、当医院での診療目的以外に使用することはありません。

