問　診　表

患者氏名(ふりがな)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別＿＿ 年齢＿＿歳 生年月日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日生

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先（携帯等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

来院の理由（複数可）

検診　歯の掃除　虫歯　　歯が痛い（部位　上　下　左　右　　）歯ぐきの腫れや痛み

歯がぐらぐらする　被せ物を白い歯に変えたい　　入れ歯を作りたい　インプラントを入れたい

外傷、

以下の質問に「はい」,「いいえ」でお答えください。

1. 現在健康ですか。　　はい　いいえ
2. 現在，医師（内科など）の治療を受けていますか。　　はい　いいえ
3. 現在，くすりをのんでいますか。　　はい　いいえ

　もしも，のんでいましたら，その理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. 以前病院に入院したり，手術を受けたりしたことがありますか。　　はい　いいえ
5. 怪我をしたときや手術後など血が止まりにくいことがありましたか。　はい　いいえ
6. 輸血を受けたことがありますか。　　はい　いいえ
7. 以前に下記のくすりを使用されたことがありますか。　　はい　いいえ

　抗生物質(わかれば薬剤名：＿＿＿＿＿)　鎮痛解熱剤(わかれば薬剤名：＿＿＿＿＿)

8. 何かのくすりや食べ物に対しアレルギー反応を示しますか。　　はい　いいえ

　「はい」の場合には具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9. 下記に該当するがあれば〇で囲んでください。　　はい　いいえ

　当院では，ウィルス性肝炎，梅毒，HIV 等の感染症の方でも診療いたしますので，院内感染防止のため必ず担当医にその旨お伝えください。

　心臓の病気　肝臓の病気　腎臓の病気　血液の病気　糖尿病　リウマチ

　高血圧症　低血圧症　アレルギー　ぜんそく　けいれん　鼻の病気

　耳の病気　呼吸器系疾患　貧血　梅毒　HIV/AIDS　甲状腺の病気

　心臓ペースメーカー　人工関節

　その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10. 女性の方のみお答えください。

　A）妊娠している，あるいは妊娠している可能性がある　　はい　いいえ

　　出産予定日　＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日

　B）授乳婦である　　はい　いいえ

11. 担当医が知っていた方が良いと思われることがあればお書き下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療について(複数可)

　保険診療のみ希望　必要なら保険外診療でもよい

白い詰め物や被せ物にしたい　　予防治療をしたい（フッ素、シーラント）　歯石やヤニ取りをしたい　口臭治療をしたい　インプラント治療を受けたい　矯正治療を受けたい　入れ歯を作りたい　ブリッジにしたい

当医院はどこでお知りになりましたか。(複数可)

パンフレット、名刺、　タウンページ、　インターネット、　電車から見て、　入り口の看板、電柱看板、　　知人の紹介＿＿＿＿＿＿＿＿その他＿＿＿＿＿＿＿＿