

問診票

年 月 日

あなたの歯科診療を円滑に行うために、以下の事項について正確にご記入ください

ふりがな

ご氏名

明・大・昭・平

年

月

日生

ご住所〒

☎

緊急連絡先

☎

当院にご来院のきっかけは ①近所 ②知人、家族の紹介 ③インターネット ④看板 ⑤電話帳

次の病気にかかったことがありますか

- | | | | | |
|------------|-----------|-------------------|-------|-------|
| 1 心臓病 | 2 高血圧症 | 3 リウマチ熱 | 4 喘息 | 5 肝臓病 |
| 6 腎臓病 | 7 脳卒中 | 8 てんかん | 9 糖尿病 | |
| 10 薬物アレルギー | 11 甲状腺の病気 | 12 血液疾患（血が止まりにくい） | | |

その他かかった病気があればお書きください

（ ）

現在病気にかかっていますか はい いいえ

その病名（ ）

現在治療を受けていますか はい いいえ

現在飲んでいる薬はありますか ある ない

その名前（ ）

ほかに薬を飲んで副作用がありませんか ない

胃が痛くなる 発疹が出る その他（ ）

手術の経験はありますか （ ）年前 ない

現在妊娠中ですか （ ）か月 いいえ

その他、医師、歯科医師から注意を受けたり、伝えておかなければならないことがありますか

（ ）

歯の色や歯並びが気になりますか はい いいえ

治療に使用する材料には、見た目、耐久性、清潔感などの違いがありますが、それぞれについて説明を希望されますか はい いいえ

その他の希望

（ ）

ありがとうございました

さかえ歯科クリニック