

問 診 表

初診日 平成 年 月 日

ふりがな					
氏名	殿	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	
		性別	男・女	年齢	歳
現住所	〒 -				
電話番号【自宅】	-	-	【日中の連絡先】	-	-

下記の質問に○印、あるいはお答え下さい。

1. 本日はどうなさいましたか	歯が痛い 歯がしみる 歯肉が腫れた あごが痛い 入れ歯を作りたい 歯石をとってほしい 歯並びを治したい 歯を白くしたい 検診してほしい つめもの、かぶせものが取れた その他()				
2. 歯科以外で現在の健康状態は	健康である 治療中 (病名) (病院名)				
3. 現在常用している薬はありますか	はい・いいえ (はい)と答えた方:薬剤名 ()				
4. 次にあげる病気にかかったことがありますか	はい・いいえ 高血圧症 狭心症 心筋梗塞 糖尿病 リウマチ 肝臓病 血液疾患 脳疾患 甲状腺疾患 神経疾患 その他 ()				
5. 血圧は	正常・高い・低い・不明 (わかる方はご記入下さい) 最高 mmHg/最低 mmHg				
6. 手術などの際、輸血を受けたことはありますか	はい・いいえ				
7. アレルギーはありますか	はい・いいえ (はい)と答えた方:薬剤 () ゴム製品 金属類 花粉症 その他 ()				
8. けがをした時・歯を抜いた時に、血が止まらなかったことがありましたか	はい・いいえ				
9. 歯科診療時に異常(脳貧血・ショックなど)を起こしたことがありましたか	はい・いいえ				
10. 女性の方のみお答え下さい。 妊娠されている可能性はありますか	はい・いいえ (はい)と答えた方:()ヶ月 (病院名)				
11. 治療のご希望について	気になる所のみ治したい 悪い所は全部治したい 歯科医と相談の上、決めたい				
12. 予約日のご希望はありますか	いつでも良い 午前中が良い 午後が良い ()曜日 ()時頃が良い				

記載事項は秘密厳守いたします

鈴木歯科クリニック