

問 診 票

初診日 令和 年 月 日

ふりがな										
氏名	殿	生年月日	昭・平・令	年	月	日				
現住所	〒	—	性別	男・女	年齢	歳				
	都・県	市・区・郡								
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 (ご紹介者がいらっしゃいましたらお名前をご記入下さい： _____ 様) 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 詰めた物・かぶせた物・差し歯が取れた 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 ※ お薬手帳を持参されていたらご提示下さい。 (はい) と答えた方：薬剤名 (_____)	はい・いいえ
4.	次にあげる病気にかかったことがありますか 高血圧症 狭心症 心筋梗塞 糖尿病 リウマチ 肝臓病 喘息 血液疾患 脳疾患 甲状腺疾患 神経疾患 その他 (_____)	はい・いいえ
5.	血圧は _____ (わかる方はご記入下さい) 最高 _____ mmHg / 最低 _____ mmHg	正常・高い・低い・不明
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) と答えた方：薬剤 (_____) ゴム製品 金属類 花粉症 その他 (_____)	はい・いいえ
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ください。 妊娠されている可能性はありますか (はい) と答えた方：(_____) ヶ月 (病院名 _____)	はい・いいえ
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