# 問　　診　　表

☆ふりがな

☆御名前　　☆御住所

☆男　・　女　　☆〒　　電話　（　　）

明・大・昭・平　　年　　月　　日 生　　才

☆御勤先名

携帯番号　　（　　）　　☆御勤連絡先

☆〒　　電話　（　　）

☆紹介者名　　様　　E-mail

**☆印は必ず記入して下さい。** ホームページをご覧になっての来院の方は紹介者のところにHPとご記入ください。

あなたの健康状態についておたずねしますこれは**診査上大変に大切なこと**です。患者さんの**プライバシーは厳守**いたしますので、正確に記入して下さい。お答えは○でかこんで下さい。

**1. 全身状態についてお聞きします。**

a．現在の健康状態　（よい）　（わるい）　（ふつう）

b．現在治療中の病気がありますか　（ない）　あればその病名（　　）

c．次の病気をした事がありますが（心臓疾患）（血液疾患）（肝臓疾患）（腎臓疾患）（胃腸疾患）（糖尿病）（結核）（リューマチ）その他（　　）

又、いままでに大きな病気をしたことがあればその病名（　　）

d．血圧の状態はいかがですか　（高い）（正常）（低い）（わからない）

e．今までに輸血を受けたことがありますか　（ない）　（ある　　）

f．特異体質かアレルギーはありますか　（ない）　（ある　　）

**2．薬についてお聞きします。**

a．次の薬剤にアレルギー、又は副作用がありましたか

（局所麻酔剤）　（抗生物質）　（ピリン系剤）　（ヨード剤）　その他（　　）

b．現在使用している薬があればその名前（　　）

c．副腎皮質ホルモン剤（例えばコーチゾン、プレドニン等）を使用したことがありますか（ある）（ない）

**3． 以前、歯科治療を受けて何か異常はありましたか。**

a．　・気分が悪くなった　・血が止まらなかった　・貧血になった　その他（　　）

b．　麻酔をして異常がありましたか　（あった）　（ない）

**4． 喫煙の習慣はありますか。**

（ない）　（ある）　（１０本／１日）（２０本／１日）（３０本以上／１日）

１日のブラッシング回数は何回ですか（　）回

（起床時）（朝食後）（昼食後）（夕食後）（就寝前）（間食後）（その他）

**5． 女性の方のみお答え下さい。**

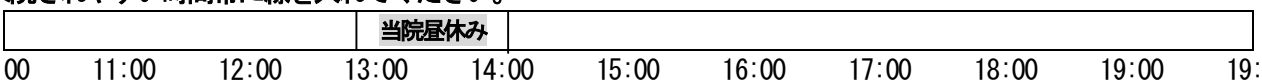
a．　現在妊娠していますか　（はい）　（　ヶ月）　（いいえ）

b．　現在生理中ですか　（はい）　（いいえ）

**6． かかりつけの医師の名前又は病院名**

（　　）　TEL（　　）

**7． 来院されやすい時間帯に線を入れてください。**




10:00　11:00　12:00　13:00　14:00　15:00　16:00　17:00　18:00　19:00　19:30

また来院されやすい曜日があれば印をつけて下さい

□ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□ 土

**8． その他話しておきたいことがありましたらお書きください。**

**すずきデンタルクリニック**