問　　診　　表

ふりがな
御名前　　男・女　　御紹介者様名　　様 ・ HP

大・昭・平・令　　年　　月　　日 生　　才　　御職業又は勤務先名

御住所　〒　　勤務先住所　〒

都 道 府 県　区 郡 市　　都 道 府 県　区 郡 市

電話番号　（　　）　　御勤務連絡先　（　　）

携帯番号　（　　）　　E-mail

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。
患者様の**プライバシーは厳守**いたしますので、正確にご記入お願いいたします。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か　（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 ・ 金属アレルギー ・ 他　　）

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　　）

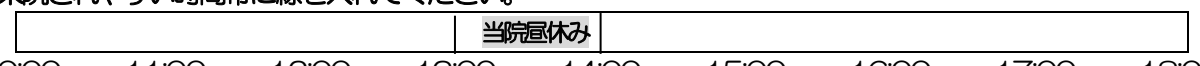
5. 女性の方のみお答え下さい。

a. 現在妊娠していますか　（はい）（　　カ月）　（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

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