

問 診 表

☆ふりがな	
☆御名前	☆御住所
☆男 ・ 女 明・大・昭・平 年 月 日 生 才	☆〒 電話 ()
携帯番号 ()	☆御勤先名 ☆御勤連絡先
☆紹介者名 様	☆〒 電話 () 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**ご記入して下さい。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) (リウマチ) 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) () (力月) (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
			半院屋休み						

 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。