

ご記入日 年 月 日

問診票

診察をする上で重要な資料になりますので、正確にお答え下さい。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		女・男	年 月 日 (満 歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	通常時	緊急時	(お名前)
ご職業		ご家族構成	

① どうなされましたか？

② 痛みはありますか？ (すごく痛い 痛い 時々痛い 痛みはない)

③ 通院されている(通院されていた)ご病気がありますか？ (はい いいえ)

はいの方は当てはまるものに○をつけてください。

心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患 脳疾患 糖尿病 骨粗鬆症 内分泌疾患 消化器疾患
膠原病 血液疾患 感染症(B型肝炎 C型肝炎 結核 梅毒 HIV等)ぜんそく 花粉症 その他
病名 _____

④ 今飲まれている薬はありますか？ (はい いいえ)

はいの方はお薬の名前を教えてください

⑤ 過去に歯科で治療をされて体調が悪くなられたことはありますか？ (はい いいえ)

⑥ 過去にお薬を飲まれて、アレルギー(かゆくなったり、ぶつぶつが出る)が出てしまったことはありますか？ (はい いいえ)

⑦ その他アレルギーをお持ちですか (はい いいえ)

はいの方はアレルギーの出るものを教えてください。(ラテックス、アルコール、金属等)

★女性の方へ

⑧ 現在、妊娠していますか？ (はい【 週目】 いいえ)

⑨ 現在、授乳していますか？ (はい いいえ)

⑩ 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 港北みなもによく来る 家族や知人の紹介(お名前)

近くて便利 ネット検索 その他()

⑪ 治療に関して、ご要望や注意してほしいことがあればお書きください。
