

問 診 票

ご記入日            年    月    日

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	(〒    -    ) 郵便番号も記入して下さい		
電話番号	通常時)    -    -	★緊急時)    -    -	(お名前:            )
	※ 緊急時のご連絡先について            ご本人様以外でご連絡がつく方の番号を記入して下さい		
ご職業		ご家族構成	

① どうなされましたか？ ★記入必須

\_\_\_\_\_

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   精神疾患  
 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、お薬はありますか？ (はい   いいえ) ★お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

(お薬名) \_\_\_\_\_

⑤ はいの方は本日お薬手帳をお持ちですか？ (はい   忘れた   アプリで管理   作っていない)

⑥ 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)

⑦ 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)

⑧ 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下さい。(ラテックス、アルコール、金属等)

★女性の方へ

⑨ 現在、妊娠していますか？ (はい【   週目】   いいえ)

⑩ 現在、授乳していますか？ (はい   いいえ)

⑪ 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            )様  
 近くて便利   ネット検索   その他(            )

⑫ 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。

\_\_\_\_\_