

問 診 表

たべ歯科

記入日 年 月 日

患者氏名 よりがな _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日生 歳

住所 (〒 _____ TEL () _____)

お勤め先名 _____ TEL () _____

ご紹介者 _____

当医院では、あなたの健康状態を治療上の参考にさせていただきますので、次の事項をできるだけ詳しくお答えください。また、治療に関する希望、質問などございましたら、ご遠慮なく医師にお尋ねください。

1. 以前に歯科の治療を受けられたことは ……ある () か月前 () 年前
……………ない
2. 下記の病気にかかれたことがありますか ……ある・ない
 - a. 高血圧
 - b. 糖尿病
 - c. 肝臓病 (肝炎など)
 - d. 脳卒中
 - e. ぜんそく
 - f. 腎臓病
 - g. 心臓病
 - h. リウマチ
 - i. アルジー ()
 - j. 甲状腺の病気
 - k. てんかん
 - l. その他 ()
3. 現在病気にかかっている感じが ……はい(病名 ()) ・いいえ
4. 現在の血圧は ……高い・普通・低い (/)
5. 現在薬を飲んでいらっしゃるが ……はい (薬品名 ()) ・いいえ
6. 麻酔をして手術を受けたり、抜歯をしたことがありますか ……はい・いいえ
7. そのとき、気分が悪くなったり、異常反応がありましたか ……はい・いいえ
8. 出血が止まりにくかったことがありますか ……はい・いいえ
9. 薬を飲んだり、つけたりしたとき、かおれたり発疹ができたことがありますか
……………はい (薬品名 ()) ・いいえ
10. 女性の方へ、次に該当するものを○で囲んでください
……………妊娠中・妊娠の可能性ある・どちらでもない
11. 治療に関して、希望、質問がございましたら記入してください。