

問診票

記入日：20 年 月 日

フリガナ			
お名前：	様	性別：	男 ・ 女
生年月日：	昭和・平成・令和	年 月 日（ 歳）	ご職業：
ご住所：	〒	—	（ 既婚 ・ 未婚 ）
ご連絡先(携帯)：	—	—	ご自宅電話：
			—

当医院では、患者様の健康状態を知り、安全な歯科治療をしていきたいと考えております。

下記質問（表面・裏面）へのご回答やご希望をお願い致します。

Q 1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ はい

Q 2. どのようなことが気になり来院されましたか？（複数の場合、優先順位を数字でご記入下さい）

- 歯が痛い 虫歯の治療 歯ぐきの腫れ・痛み 検診 歯石取り
歯を白くしたい 顎の調子が悪い 入れ歯の治療 歯並び・矯正治療
インプラント治療 その他（)

Q 3. 過去に麻酔や歯を抜いた経験はありますか？

- ない ある

「ある」とお答えの方、その際に異常はありませんでしたか？

- ない 血が止まらなかった 気分が悪くなった 熱が出た 貧血を起こした
痛みが長く続いた その他（)

Q 4. 現在通院中、または内科的な病気にかかったことはありますか？（複数選択可能）

- ない ある・または完治している（ある場合は下部の□にチェック✓を入れてください）
心臓病 脳梗塞 肝臓病 腎臓病 不整脈 糖尿病（HbA1c 値)
高血圧（数値 /) 低血圧（数値 /)
ぜんそく 骨粗しょう症 感染症（肝炎等）（)
その他（)

Q 5. 今飲まれているお薬はありますか？（お薬手帳があればご提示お願いします。）

- ない ある（漢方薬・健康食品も含む：)

Q 6. 直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診等）を受診されましたか？

- 受診していない 受診した（健診名：) いつ頃：)

Q 7. 特異体質や、薬・食物にアレルギーはありますか？

- ない ある（)

