

問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL:

【本日はどうなさいましたか？ いつから、部位、症状、どんな時に痛みがあるか】

【診療についてご希望】

- 問題のあるところはすべて治療したい 気になるところのみ治療したい
保険内で治療したい 多少費用がかかっても良いので相談したい

【既往歴】

- 治療中の病気 あり (病院名) なし
(過去にかかった病気も○をつける)
高血圧 (最高/最低 /) 糖尿病 (HbA1c:)
心臓疾患 () 脳疾患 () 甲状腺疾患
不整脈 喘息 貧血 胃腸 腎ぞう 肝炎 (型) 骨粗しょう症
その他 ()
飲んでいる薬 あり (名前) なし
手術の経験 あり (いつ 病名) なし
アレルギー あり (薬 食物 金属・ゴム) なし
血が止まりにくいことがありますか あり なし

【歯科既往歴】

- 歯科での麻酔 あり なし その時異常は あり () なし
抜歯の経験 あり なし その時異常は あり () なし

【女性の方へ】

- 現在妊娠してますか はい (妊娠 カ月 予定日: 病院名:) いいえ
現在授乳中ですか はい いいえ

【その他 ご希望や特記事項があればご記入お願いいたします】

【当院は何で知りましたか】

- 紹介 (お名前) 家族 ホームページ 近所 その他 ()

【定期検診のご連絡方法の希望】

- 葉書 メール (メールアドレス:) 不要

ご協力ありがとうございました

