

# 問診票

来院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏名	(男・女) (ご職業: _____)
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 才)
ご住所	(〒 _____ - _____ )
お電話番号	携帯電話 ( _____ - _____ ) 自宅 ( _____ - _____ )
当院をどのようにして お知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家族が通院している _____ 様 <input type="checkbox"/> 通りの看板広告 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ご紹介 _____ 様から <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> 新聞折込 その他 ( _____ )
今日はいかがなさいましたか?	
本日診療可能なお時間は?	( _____ : _____ ) くらいまで <input type="checkbox"/> 何時まででも
過去に歯科治療を受けた時に 異常がありましたか?	なかった・あった → 血が止まらなかった・貧血・気分が悪い その他 _____
最後に歯医者に行ったのは?	_____ 年前・ _____ ヶ月前・ _____ 週間前 (内容は <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検診など)
過去にかかった病気は?	ない・ある → 高血圧・糖尿病・脳梗塞(脳卒中)・心臓病 ガン・骨粗鬆症・腎臓病・肝炎・HIV・梅毒 その他 _____
現在治療中の病気は?	ない・ある → 高血圧・糖尿病・脳梗塞(脳卒中)・心臓病 ガン・骨粗鬆症・腎臓病・肝炎・HIV・梅毒 その他 _____
現在飲んでいるおくすりは?	
タバコを吸っていますか?	吸っていない・吸っている・吸っていた ( _____ 歳から _____ 歳まで)
同居のご家族で タバコを吸う方はいますか?	いない・いる → だれ? ( _____ )
薬のアレルギー	ない・ある (薬の名前: _____)
その他のアレルギー	金属( _____ )・ゴム・牛乳・その他 ( _____ )
何かご希望があれば お書きください	
妊娠・授乳中ですか?(女性のみ)	いいえ・はい(妊娠 _____ ヶ月)・授乳中

ご記入ありがとうございました  
受付にお返しくささい