

# 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"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ご紹介 _____ 様から <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
今日はいかがなさいましたか？	
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 ( _____ )
妊娠・授乳中ですか？(女性のみ)	いいえ・はい(妊娠 _____ ヶ月)・授乳中
治療結果を学会やWebで症例 として掲載しても構いませんか？	はい・いいえ ※お顔を含む個人情報は掲載しません
何かご希望があれば お書きください	

ご記入ありがとうございました  
受付にお返してください