

# 問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名 ( 男 ・ 女 )

生年月日( 昭 ・ 平 ・ 令 ) 年 月 日 ( 歳 )  
〒

住所

携帯電話 自宅電話

お手数をおかけしますが、できるだけ正確にお答えください

## 当院をお知りになったのは

☐ 看板、広告をみて ☐ 近所、通勤途中だから ☐ 知人、家族の紹介  
(紹介者 様)

## どのような症状ですか

☐ 歯が痛い ☐ はぐきが腫れている ☐ 虫歯がある  
☐ 詰め物、冠が取れた ☐ 歯の検診、歯石除去  
☐ その他( )

## お身体について

☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 心血管疾患 ☐ 骨粗しょう症 ☐ 脳梗塞  
☐ ぜんそく ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝疾患( B ・ C ・ その他 )  
☐ 妊娠中( ヲ月 ) ☐ 授乳中 ☐ 花粉症 ☐ その他( )

かかりつけ医療機関( ) 担当医師( 先生)

## お薬について

☐ 服薬中 お薬の名前( )  
おくすり手帳 を提示お願いします。ない場合は次回お持ちください。

## アレルギーについて

麻酔を打って気分が悪くなったり、お薬や食べ物のアレルギーがありますか  
☐ いいえ ☐ はい ( )

## 治療に関するご希望があれば記入してください

( )