

問診表(再初診用)

※問診表やカルテに記載される個人情報は、院外に漏出することはありません

2022年 月 日

ふりがな			〒
氏名		現住所	
自宅番号	- -	メールアドレス	※変更又は予約確認メールを希望する方はご記入ください @
携帯番号	- -		

※早くご案内できる場合などこちらからお電話することがございます 電話希望 する・しない・その他 ()

1) どうされましたか？ 印をつけてください。

虫歯 詰め物が取れた 歯肉が腫れた、血が出る 噛むと痛いところがある
入れ歯が合わない・作りたい 歯並び 歯石を取りたい
ホワイトニング インプラント その他()

2) どのような症状がいつから出ていますか？
 時期 () 症状 ()

3) 現在、病気やケガで通院中ですか？(他の歯科も含めて) いいえ はい(詳細:)

4) 現在、服用している薬はありますか？ なし あり(薬名:)
※薬の飲み合わせで問題がでますので処方・服用されている薬は必ずご記入ください

5) 次の病気にかかったことがありますか？
心臓病 脳梗塞 糖尿病 ()癌 肝硬変(型肝炎) 高血圧 腎臓病 HIV
神経症 喘息 アレルギー(鼻炎・皮膚炎) その他() なし

6) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは？ なし あり()

7) これまでに、手術、大きなケガ、入院をしたことがありますか？ いいえ はい(頃 で)

8) 現在、妊娠していますか？ 又は授乳中ですか？
いいえ はい(第 週目) 可能性あり 授乳していない 授乳中

9) 治療にあたり、事前に伝えておきたいこと、心配なこと、ご質問があればお書きください。