



再

# 問診票 (再初診用)



メリー歯科

※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

2025年 月 日

ふりがな		〒	
氏名		住所	
自宅番号	- -	メール	
携帯番号	- -	アドレス	
マイナ保険証による診療情報取得に同意 (した・しない)		他医院の紹介状が(ある・ない)	※ネット予約又は予約確認メールを希望する方はご記入ください この1年間に特定健診(国の行うメタボ予防検診)または高齢者検診をしたことが(ある・ない)

## 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) いつからどのような症状が出ていますか? 時期( ) 症状( )

## 3) 前回の歯科受診は 当院 他の歯科で( ) 頃) 治療を受けた 現在も他の歯科に通院中

## 4) 歯科治療を受けて、異常や違和感はうけたことは? なし あり( )

## 5) 現在、処方・服用している薬はありますか? なし あり(薬名・服用期間: )

※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

## 6) 過去および現在の大きな病気・怪我・手術を教えてください なし

- 高血圧     糖尿病     骨粗鬆症     心臓病(ペースメーカー 有・無)     肝硬変(型肝炎)     ( ) 癌  
 腎臓病     HIV     神経症     喘息     脳梗塞     その他の大きな病気・怪我( )

病気・怪我・手術の時期( ) 主な治療内容( ) 現在の状態( )

## 7) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは? なし あり( )

## 8) 妊娠または授乳をしていますか? 該当しない 妊娠中(第 週目) 妊娠可能性あり 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。



再

# 問診票 (再初診用)



メリー歯科

※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

2025年 月 日

ふりがな		〒	
氏名		住所	
自宅番号	- -	メール	
携帯番号	- -	アドレス	
マイナ保険証による診療情報取得に同意 (した・しない)		他医院の紹介状が(ある・ない)	※ネット予約又は予約確認メールを希望する方はご記入ください この1年間に特定健診(国の行うメタボ予防検診)または高齢者検診をしたことが(ある・ない)

## 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) いつからどのような症状が出ていますか? 時期( ) 症状( )

## 3) 前回の歯科受診は 当院 他の歯科で( ) 頃) 治療を受けた 現在も他の歯科に通院中

## 4) 歯科治療を受けて、異常や違和感はうけたことは? なし あり( )

## 5) 現在、処方・服用している薬はありますか? なし あり(薬名・服用期間: )

※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

## 6) 過去および現在の大きな病気・怪我・手術を教えてください なし

- 高血圧     糖尿病     骨粗鬆症     心臓病(ペースメーカー 有・無)     肝硬変(型肝炎)     ( ) 癌  
 腎臓病     HIV     神経症     喘息     脳梗塞     その他の大きな病気・怪我( )

病気・怪我・手術の時期( ) 主な治療内容( ) 現在の状態( )

## 7) 薬、食品、ラテックス、金属等のアレルギーは? なし あり( )

## 8) 妊娠または授乳をしていますか? 該当しない 妊娠中(第 週目) 妊娠可能性あり 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。