



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

年 月 日

ふりがな		住所	〒
氏名			
自宅番号	- - -	メール アドレス	
携帯番号	- - -		
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。



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

年 月 日

ふりがな		住所	〒
氏名			
自宅番号	- - -	メール アドレス	
携帯番号	- - -		
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。