



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

____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

____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。