問　診　表

年　　月　　日

フリガナ	（　　才）
お名前	生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日
ご自宅☎：　　-　　-	携帯：　　-　　-
ご住所　〒　　-	

＊　当医院をどのようにお知りになりましたか？

・現地で　・看板を見て　・電話帳を見て　・紹介（　　）さんより

・その他（　　）

＊　今日はどうなさいましたか？

（　　）

＊　今までに歯の麻酔をしたことがありますか？

ない・ある　（何ともなかった・気分が悪くなった）

＊　歯科医院で歯を抜いたことがありますか？

ない・ある　（何ともなかった・血が止まらなかった・熱が出た）

＊　お身体のことについて、何か病気をされたことはありますか？

ない・ある　（心臓・腎臓・肝臓・肝炎・肺・糖尿病・高血圧・その他）

現在の血圧：上　　mmHg /下　　mmHg

＊　現在、歯科以外の病院にかかっていますか？

かかっていない

かかっている　（病名：　　）

（病院名：　　担当医：　　）

＊　現在、服用しているお薬はありますか？　ない・ある（お薬：　　）

＊　お薬でアレルギーが出たことはありますか　ない・ある（お薬：　　）

＊　今までに、あごが外れたことはありますか？　ない・ある（いつ頃：　　）

＊　女性の方へ　現在妊娠していますか？　していない・している（　　ヶ月）

＊　今後の治療について

悪いところは全て治したい・痛いところだけでよい

保険の範囲で治したい・一部自費でもかまわない

＊　治療に関してのご希望がございましたらご記入ください

（　　）