

カルテNo. \_\_\_\_\_

## 問診票

記入日

ふりがな		年齢	生年月日	T・S	年	月	日
氏名		歳		H・R			
住所	〒 _____						
電話番号	携帯番号		緊急連絡先				
当院を何でお知りになりましたか？	ホームページ・看板・口コミ・ご紹介( _____ 様)・その他( _____ )						

本日はどうなさいましたか？	1.むし歯(痛みがある・ない) 2.詰め物が取れた(取れたものがある・ない) 3.欠けている 4.しみる 5.腫れた 6.動揺 7.歯石 8.義歯作成 9.義歯調整 10.義歯がこわれた 11.検診 12.その他( _____ )						
右上 前上 左上							
右下 前下 左下							

歯の麻酔・抜歯などで気分が悪くなったことはありますか？	ない・ある(症状は? _____ )						
-----------------------------	--------------------	--	--	--	--	--	--

現在、またはこれまでに、右記の病気などがありますか？	1.ありません	発症の時期	現在通院中に○
	2.糖尿病		
	3.高血圧症(血圧: _____ / _____)・貧血		
	4.脳疾患 → 脳梗塞・てんかん・認知症 など		
	5.肺疾患 → 肺炎・ぜんそく		
	6.心臓疾患 → 狭心症・心筋梗塞 など		
	7.甲状腺・副腎皮質機能不全 → 橋本病・リウマチ・膠原病 など		
	8.腎臓病(透析なし・あり 週 _____ 回)・ネフローゼ症候群		
	9.骨粗しょう症(いつから _____ 年 _____ 月～ 服薬・注射・点滴)		
	10.肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・その他)		
	11.耳鼻科系 → 中耳炎・副鼻腔炎 など		
	12.精神系 → うつ病・パニック障害・睡眠障害 など		
	13.その他(悪性腫瘍 など _____ )		

通院中の医療機関名			
-----------	--	--	--

お薬を服用中ですか？	いいえ ・ はい 1.血圧を下げる薬 2.血液サラサラにする薬 3.骨粗しょう症の薬 4.糖尿病の薬 5.その他( _____ )		
------------	---	--	--

お薬を飲んで副作用が起きたことはありますか？	いいえ ・ はい (薬品名 _____ )		
------------------------	-----------------------	--	--

アレルギーはありますか？	いいえ ・ はい (金属 _____ その他 _____ )		
--------------	--------------------------------	--	--

タバコは吸われますか？	吸う(1日 _____ 本位)・以前吸っていた( _____ 年前まで)・吸わない		
-------------	---	--	--

女性の方	妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい ・ 妊娠中( _____ ヶ月)		
	授乳中ですか？	いいえ ・ はい		

その他、質問やご希望がございましたらご記入ください	ご都合の良い曜日・時間帯	月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						
いつでも	( _____ )時以降						