

# 問診票

ふりがな			昭・平・令
氏名	..... 男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒 -		
自宅番号		携帯番号	
Eメール			

以下の質問にできるだけ正確に教えてください。以下、該当するものに☑をして下さい。

1、どうなさいましたか？

2、現在お体の具合について

- |   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特に異常はない          | <input type="checkbox"/> 心臓が悪い       | <input type="checkbox"/> 歯科が苦手・怖い |
| <input type="checkbox"/> 貧血をおこしやすい        | <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい    | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| <input type="checkbox"/> (妊娠・授乳) 中        | <input type="checkbox"/> 血圧が (高い・低い) |                                   |
| <input type="checkbox"/> (肩こり・頭痛) がある     | <input type="checkbox"/> 治療中の病気 ( )  |                                   |
| <input type="checkbox"/> 現在薬を飲んでいる (薬名: ) |                                      |                                   |

3、過去の病気や治療について (完治した病気に関してもお知らせください)

①次の病気にかかったことはありますか？

- |                               |                                  |                                |                              |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 血液病     | <input type="checkbox"/> 高・低血圧 | <input type="checkbox"/> 結核  |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病  | <input type="checkbox"/> 心臓病     | <input type="checkbox"/> 肝臓病   | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 骨粗相症 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |                              |

②過去に抜歯された方、その際異常は見られましたか？

(あった・なかった・わからない)

③歯科治療で副作用・アレルギーが出たことはありましたか？

ない・ある ⇒  麻酔薬  抗生物質  鎮痛剤  その他 ( )

④日常生活等で副作用・アレルギーが出たことはありますか？

ない・ある ⇒ 何でどのような症状がでましたか？ ( )

4、喫煙してますか？  なし  あり (1日あたり 本、喫煙歴 年)

5、前回歯科治療を受けられたのは？ ( 年 ヶ月前)

モリ デンタル クリニック