

受診問診表

ふりがな				受付年月日	年	月	日
名前				生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
住所	〒 -			職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 無職		
電話番号	自宅	() -		携帯	- -		
身長	cm		体重	kg		血液型	型

あてはまる事項にチェック☑をしてください
必要があれば()内に補足説明をしてください

1. 今日はどうなさいましたか？

- 検診 歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきが腫れている
 歯が欠けた 銀歯を取りたい 入れ歯が壊れた・調子が悪い 詰め物・被せ物が取れた
 口臭が気になる 歯石が気になる 歯の色が気になる 口腔内の除菌をしたい
 血液検査をしたい その他 ()

2. 治療の内容に関して、ご希望をお聞かせください

- 痛みがとれればよい 悪いところがあれば全て治したい
 保険の適用範囲で治療したい 自費治療も可能
 医師と相談して決めたい
 その他 ()

3. 麻酔の経験はありますか？(医科での麻酔も含む)

- いいえ はい

4. 麻酔やその他の薬で異常が出たことはありますか？

- いいえ はい (薬の名前・症状など:)

5. アレルギーはありますか？(食物・植物・化学物質など)

- いいえ はい ()

6. 慢性疾患はありますか？

- いいえ はい (

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> アトピー
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 貧血・血液疾患
<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> ガン
<input type="checkbox"/> その他 ()		

)

7. 服用中の薬やサプリメントはありますか？

- いいえ はい ()

8. 女性の方で、妊娠もしくはその可能性はありますか？

- いいえ はい 授乳中(ヶ月)

9. 当医院はどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 看板 通りがかり 口コミ
 その他 ()
 知人の紹介 (紹介者名:)