

# 問診票

カルテ No.

年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 年 月 日生 ( 才)	明 大 昭 平 令
住所 〒	自宅番号		
	携帯番号		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯をみて欲しい <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
内科的な病気はありませんか (現在・過去も含めて)	<input type="checkbox"/> ある _____ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない		
今までに注射(麻酔)をして 異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃がいたくなる <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 ( )		
現在常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある (薬品名: ) <input type="checkbox"/> ない 判らない場合は・骨粗鬆症の薬・血液をサラサラにする薬 ・血圧の薬 など		
女性で該当する方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠 _____ヶ月 <input type="checkbox"/> 出産後 _____ヶ月		
来院理由	<input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 紹介された ( _____様) <input type="checkbox"/> ネットで調べた <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
ご家族で当院に通院された方、または 通院されている方はいますか	<input type="checkbox"/> いる ( _____様) <input type="checkbox"/> いない		
本人(または保護者)自署	_____		



しきしま歯科クリニック

Shikishima Dental Clinic