

問診表

初診日
NO. _____

(ふりがな) お名前	年齢 男 女	職業 勤務先 TEL()
	歳	TEL 御紹介者 様

★この調査事項は不慮の事故を防止し、正しい診断、適切な処置方針を立てるため必要なものですので、正確に御記入願います。

●どうなさいましたか
()

●今までに次の病気をしたことがありますか

1. 心筋梗塞	2. 狭心症	3. 不整脈	4. その他の心臓疾患
5. 高血圧	6. 低血圧症	7. 腎臓疾患	8. 腎臓透析
9. 肝炎	10. 他の肝臓疾患	11. 糖尿病	12. 結核
13. 肺炎	14. ぜん息	15. 貧血	16. てんかん
17. 脳疾患	16.		
21. 蓄膿症	22. 甲状腺疾患	23. その他()	

●現在の健康状態は

1. 健康	2. 薬をのんでいる (薬品名)
3. 通院中 (病名)	4. 血圧 (/)

●今まで、怪我をした時、血が止まりにくかった事がありますか

1. いいえ	2. はい ()
--------	-----------

●何か薬に対して過敏であったり、アレルギーがありますか

1. いいえ	2. はい (薬品名)
--------	--------------

●歯科で口の中に注射(麻酔)をした事がありますか

1. ある	2. ない
-------	-------

●歯を抜いた事がありますか	●その時、何か異常は？
1. ある	1. あった ()
2. ない	2. なかった

●現在、妊娠中ですか

1. はい (月)	2. いいえ
------------	--------

[治療期間中に妊娠された方は、お知らせ下さい。]

●診療
()

★ご心配なことがありましたら、お気軽にご相談下さい。