

# 問診表

No. \_\_\_\_\_

診療申込日 年 月 日

ふりがな お名前	様  (男・女)	生年月日  ( 歳)	明 / 大 / 昭 / 平  年 月 日
ご住所			
ご連絡先	1. ( 自宅・携帯・勤務先 )		
TEL	2. ( 自宅・携帯・勤務先 )		
携帯メールアドレス	@		

1. どうされましたか？

( )

2. 歯科治療や麻酔の注射で異常はありましたか？ ない / ある ( )

3. 特異体質・アレルギー等がありますか？ ない / ある (薬・食べ物・金属・その他)

どんなものですか？ ( )

4. 大きな病気・手術等をしたことはありますか？ ない / ある

心臓・肝臓・骨粗しょう症・糖尿・不整脈・胃腸・喘息・血液疾患・鼻の病気

血圧(高い/低い \_\_\_\_\_)・その他( )

5. 他の医療機関への通院や ない / ある 医院名 ( )

服用している薬がありますか？ 薬剤名 ( )

いつから？ ( )

6. 通院の曜日や時間帯の ・ いつでもよい

ご希望は？ ・ \_\_\_\_\_曜日 午前 / 午後 \_\_\_\_\_時頃/以降

・ その他 ( )

7. 女性の方のみお答え下さい

現在妊娠していますか？ いいえ / わからない / はい ( 月)

★ 治療期間中に妊娠された場合はお知らせ下さい

ヒロ歯科クリニック