

NO. _____

問診票

平成 年 月 日受付

ふりがな

大正 昭和 平成

お名前 _____ 男・女 _____ 年 月 日生まれ _____ 歳

〒

ご住所 _____ 電話 (_____)

ご職業 _____ ご勤務先 _____ 電話 (_____)

●以下の項目にお答え下さい。(あてはまる項目にチェック☑し、症状などあれば記入して下さい)

項目	有	無	症状・備考欄
麻酔注射をした時の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
抜歯時の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他 (_____)
高血圧・低血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー体質 (ラテックス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー体質 (金属)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー体質 (薬物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
輸血経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊娠中 (_____ ヶ月)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
授乳中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬を服用中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	用途： 薬品名：
喫煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経験はあるが現在は吸っていない <input type="checkbox"/> 現在も喫煙 _____ 歳から _____ 歳まで平均1日 _____ 本
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

●当院をお知りになったのは？

紹介 (歯科医院 _____ ・知人 _____ ・ご家族 _____)HP 新聞 その他 _____

●主訴についてご自由にお書き下さい。(部位、症状、治療歴など)