

# 問診表

令和 年 月 日

近藤歯科診療所

1 本日はどうなされましたか？ 下記のいずれかに○をお付け下さい  
a: 歯が痛い      b: 歯ぐき、顔が腫れた      c: 入れ歯に関する事  
d: つめものとした      e: 口腔内清掃      f: その他

2 今回の受診されるにあたっての希望

A: 患部のみの治療

B: お口全体の治療

C: 相談のみ

3 最近のお身体の状態は如何ですか？      良好      普通      不良

4 今まで歯の治療に関して、何か問題ありましたか？      はい      いいえ

5 今まで医科で血圧が高いと言われたことがありますか？      はい      いいえ

6 最近の血圧はどれくらいですか？      (      /      )

7 今まで治療に際して薬でかぶれたり、じんましんが出たりしたことはありましたか？      はい      いいえ

8 今まで歯を抜いたり手術を受けた際、または、けがをした際に血が止まりにくかった事がありますか？      はい      いいえ

9 今まで次のような病気や異常があるとされたことがありますか？

あれば○印をお付け下さい。(複数可)

ぜんそく      心臓病      胃腸病      肝臓病      高血圧      低血圧      糖尿病  
鼻の病気      甲状腺の病気      血液の病気      貧血      HIV      自律神経失調症  
脳血管障害      骨そしょう症      COVID-19  
具体的にあればお書き下さい。      また、その他疾患があれば、もれなくお書き下さい

10 現在、上記の疾患で通院、または指導を受けていますか？      はい      いいえ

現在、服用されているお薬を教えてください例: **骨そしょう症の薬、血液さらさらにする薬**

11 現在、妊娠されていますか？      はい      いいえ  
妊娠      カ月      出産予定日      月      日

12 最近、歯医者さんに通院したのはいつ頃ですか？      頃

13 以前、当院に受診されたことありますか？      はい      いいえ  
いつ頃ですか？      年      月      頃

受診者氏名

住所      〒      -

ご紹介者名

連絡先TEL(自宅、勤務先)

携帯電話番号:

E-mail:

\* マイナ保険証はお持ちですか？      はい      いいえ