

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、顎が腫れた c:入れ歯に関する事
d:つめものとれた 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言わ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下さい例：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がありますか？ 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