

問 診 表

記入日 _____年 _____月 _____日

当院は 初めて 以前に来院（ _____ 頃） 紹介（紹介者 _____ 様）
マイナンバーカードをお持ちの方はご提示下さい
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか 同意する 同意しない

ふりがな _____

氏名 _____ 男・女 S・H・R _____年 _____月 _____日生 _____ 歳

住所〒 _____ 電話 _____ (_____)

e-mail _____ 緊急時 _____ (_____)

職業 _____ 勤務先名 _____ (自宅 会社 他)

【来院理由】

どこが	<input type="checkbox"/> 右上	<input type="checkbox"/> 上前	<input type="checkbox"/> 左上
	<input type="checkbox"/> 右下	<input type="checkbox"/> 下前	<input type="checkbox"/> 左下

いつ頃から _____ 2～3日前 昨日 今日 他 (_____)どうされましたか 痛い しみる 腫れた 詰め物が取れた 定期健診 その他 (_____)

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 朝 昼 夜歯ブラシ以外 フロス 歯間ブラシ その他タバコは吸われますか 吸わない 喫煙 (喫煙期間 _____ 年間 1日 _____ 本)

【既往歴】

服用中の薬は なし あり (薬の名前 _____)治療中の病気は 高血圧 糖尿病 高コレステロール血症 骨粗鬆症心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 不整脈 肝臓病 腎臓病喘息 アレルギー (_____) その他 (_____)手術の経験は なし あり (いつ頃 _____ 病名 _____)

かかりつけ医院は _____ 担当医 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし あり (そのとき異常は なし あり)抜歯の経験は なし あり (そのとき異常は なし あり)

【全身の状態】

血が止まりにくいことはありますか なし あり女性の方へ 妊娠中 (_____ カ月) 予定日 (_____ 月 _____ 日) 授乳中

【診療についてのご希望】

 問題のある所は全て治療したい 気になる所のみ希望 保険の適用範囲で治したい 多少費用がかかってもよいので先生と相談したい

【予約についてのご希望】 ※ご希望があればご記入ください。

希望予約日時 月 火 水 木 金 土 / 午前 午後 _____ 時頃

【その他】

ご希望・特記事項があれば記入願います。

ひだまり歯科医院