

問診表

年 月 日

ふりがな
お名前

男・女 生年月日 (大・昭・平・西暦)

年 月 日

住 所 〒

電 話

携 帯 ()

勤務先名

勤務先電話 ()

① どうなさいましたか？ (いつごろから、どこが、どうしたか)

② 今までに大きな病気 (手術・入院など) をなされたことはありますか？ (いいえ ・ はい)

・心臓ペースメーカー、人工関節など、体の中に金属が入っていますか？ (いいえ ・ はい)

③ 糖尿病はありますか？ (いいえ ・ はい)

④ ぜんそくはありますか？ (いいえ ・ はい)

⑤ 現在治療中の病気がありますか？ または投薬を受けていますか？ (いいえ ・ はい)

現在飲んでいる薬の名前→

※お薬手帳をお持ちの方は、問診表と一緒に受付に出してください。

⑥ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (薬の名前)

(食 べ 物)

⑦ 歯科で麻酔を使用し、気分が悪くなった事がありますか？ (いいえ ・ はい ・ かけたことがない)

⑧ 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい)

また、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

⑨ どのようにして、このクリニックをお知りになりましたか？

1. インターネットで調べた 2. 知人・家族に紹介された 3. 近所に住んでいる

4. 勤務先が近所 5. 他の病院から紹介された 6. その他 ()

ありがとうございました