

# 歯科治療 問診表

No. \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_ 様 男・女 生年月日：(明・大・昭・平) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 歳

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

職種 (主婦・会社員・学生など) \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

体重 ※お子様のみ ( \_\_\_\_\_ k g)

## ご来院理由 (主訴)

[ \_\_\_\_\_ ]

## 治療についてのご希望

- 悪いところは全部治したい       痛いところだけでよい  
 保険の範囲内で治したい       保険が適用できない範囲は自費でも治したい

## ・アレルギーについて

- ・ アレルギーを起こす食品・薬・物がありますか？  
 いいえ       はい (品名 \_\_\_\_\_ )
- ・ 次の薬により異常反応を起こしたことがありますか？  
 いいえ       はい 鎮痛剤 ・ 抗炎症剤 ・ 抗生剤 ・ 睡眠薬 ・ ヨード
- ・ 今までに、じんましんや発疹がでたことがありますか？  
 いいえ       はい (どのような時に？ \_\_\_\_\_ )
- ・ 歯科治療で麻酔注射をしたことがありますか？  
 いいえ       はい (異常反応はありましたか？ \_\_\_\_\_ )
- ・ 歯科治療以外の麻酔で異常反応を起こしたことがありますか？  
 いいえ       はい (どのような反応： \_\_\_\_\_ )

## 現在の体調・疾患について

※ 現在のお体の状態によって、歯の治療内容や薬の服用を判断しますので、ご記入下さい。

- ・ 現在、治療中の病気がありますか？       いいえ       はい (病名： \_\_\_\_\_ )
- ・ 現在、何か薬を服用していますか？       いいえ       はい

※ 麻酔や薬の使用により副作用がでてしまう薬がありますので、服用中のお薬は必ずご記入下さい。

※ 『お薬手帳』をお持ちの方は、お申し出ください。

薬の名前や種類 [ \_\_\_\_\_ ]

・ 血圧はわかりますか？  いいえ  はい （最高 最低 mmHg）

・ 最近、気になるご体調の変化や症状（お体全体を含めて）は何かありますか？

[ ]

既往症（今は回復しているが、以前にかかったことがある病気）について

・ 大きな病気や手術を受けたことがありますか？

いいえ  はい 年月： 年 月

病名：

手術名：

・ 入院をしたことがありますか？

いいえ  はい 入院理由：

入院期間：

服用した薬：

・ 輸血を受けたことがありますか？

いいえ  はい 年月：

理由：

・ 次の病気にかかったことがありますか？  いいえ  はい

高血圧症 狭心症 心臓病 糖尿病 ぜんそく 花粉症

肺気腫 脳卒中 貧血 肝炎 腎臓病 結核

喫煙・飲酒について

・ 飲酒の有無  無し  有り（週に何回くらい？）

・ 喫煙の有無  無し  有り（いつから？ 1日何本くらい？）

当院をお選び頂いた理由

ご自宅・勤務先からの通院に便利  評判をお聞きになって

当院での治療経験のあるご家族・ご友人からのご紹介（ご紹介者名：）

ホームページをご覧になって  その他（）

※ ご体調やお薬などが変わられた場合にはご遠慮なくお申し出下さい。

ご不明なことがありましたらご記入ください

[ ]

当院では、患者様に最適の治療・投薬を行う為に、既往症やご体調などを出来るだけ詳しく確認しています。

ご記入頂いた内容は、院内での治療行為のみに使用させて頂き、個人情報やプライバシーは必ず厳守することを約束致します。