

# 問 診 票

フリガナ  
氏名

男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日

現住所 〒

TEL

携帯

勤務先 〒

TEL

【1】今、お困りのこと・ご希望のことは何ですか？

- ①歯が痛い・しみる      ②虫歯が出来ている      ③詰め物・差し歯がとれた      ④歯がぐらぐらする  
⑤入れ歯が合わない      ⑥色が気になる      ⑦歯石を取りたい      ⑧歯槽膿漏の検査・治療をしたい  
⑨その他 ( )

【2】現在、体の調子はいかがですか？

- ①良い      ②悪い      どこが悪いのですか？ ( )

【3】現在、他の医師（内科等）にかかっていますか？

- ①いない      ②いる ( \_\_\_\_\_ 科 病名 \_\_\_\_\_ )

【4】現在、飲んでいる薬がありますか？

- ① いいえ      ②はい      その薬の名前または種類 ( \_\_\_\_\_ )

【5】定期的に注射または点滴をしていますか？

- ① いいえ      ②はい      その薬の名前または種類 ( \_\_\_\_\_ )

【6】今までに、大きな病気もしくは以下のような病気にかかったことはありますか？

- ①ない      ②ある      1. 心臓の病気      2. 高血圧      3. 糖尿病      4. 肝臓の病気  
5. 腎臓の病気      6. 胃腸の病気      7. 血液の病気      8. 骨粗しょう症  
9. その他 \_\_\_\_\_

【7】現在の血圧はいかがですか？

- ① 普通      ②高い      ③低い

【8】薬や食物で、副作用やアレルギーを起こしたことがありますか？

- ① ない      ②ある      (「その薬(薬品)・食物の名前」や「症状」をお書きください。)

【9】歯科治療時に具合が悪くなったことがありますか？

- ① ない      ②ある      (どのようなことでしたか？)

【10】女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？

- ① いいえ      ②はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

【11】当院をお選びになった理由をお聞かせください

- ①自宅や職場から近い  
②ご家族やお知り合いの方が通院されているので (その方のお名前 \_\_\_\_\_ 様)  
③看板を見て (②地下鉄駅 ④フードセンター ⑤その他 \_\_\_\_\_ )  
④広告を見て (②電話帳 ④フードセンターのチラシ ⑤東区・北区の「ホムドクター」)  
⑤インターネットで検索して  
⑥その他 \_\_\_\_\_

(その他、何かございましたらご記入ください。)