

問 診 表

当歯科医院はあなたの健康状態をしり、医療事故のないよう是非、治療上の参考にさせて頂きたいと考えております。つきましては、次の事項のできるだけ詳しくお答えください。なお、この資料の秘密は絶対に厳守させて頂きます。

1. 現在の症状をお聞かせください。

(_____)

2. 以前に歯科の治療を受けられたのは・・・

(a)当院で (b)他院で (c)ない

(_____)カ月前 (_____) 完治した (_____) 途中でやめた (_____)

3. 下記のどの病気にかかれた事がありますか。

1. 心臓病 2. 高血圧 3. ぜんそく 4. 肝臓病 5. 腎臓病

6. 脳梗塞 7. てんかん 8. 糖尿病 9. 胃・十二指腸潰瘍

10. 骨粗しょう症 11. その他(_____)

4. 現在、病気などで他院で治療を受けていますか。

はい(病名: _____) いいえ

5. 青アザ(皮下血)をつくりやすいですか。

はい いいえ

6. 副腎皮質ホルモン剤(プレドニン・コルチゾン等)を使用されたことはありますか。

はい いいえ

使用されたのはいつごろですか。(_____)カ月前 (_____)年前

7. 現在、薬を飲んでいますか。(市販の薬でもかまいません。)

はい (薬名: _____) いいえ

裏面もご記入下さい

8. 喫煙していますか。 はい 1日()本 いいえ

9. 麻酔(全身・局所)をして手術を受けたり、抜歯をしたことがありますか。

はい ippie

その時、気分が悪くなったり、血が止まりにくかったことがありますか。

はい ippie

10. 薬のアレルギーはありますか。また医師から薬の使用に注意するよう言われたことはありますか。

はい(薬名) ippie

11. 現在、妊娠中ですか？

はい ippie

12. 当医院を何で知りましたか。

- ・ スマホ ・ パソコン ・ 看板 ・ 市役所 ・ 共済病院
- ・ 紹介(ご紹介者:) ・ その他()

13. その他、お伝えになりたい事がありましたらご記入下さい。

()

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日生	
現住所	〒 第一連絡先 ()		
職業	第二連絡先 ()		

ご協力をいただき、ありがとうございました。

ozawa dental clinic

おざわ歯科医院  平塚総合歯科センター