

問診表

平成 年 月 日

ご紹介者 様

ふりがな

ご氏名 性別 男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳) 既婚・未婚

ご住所
(〒 -)

ご連絡先(ご自宅・勤務先・携帯)

ご自宅 ☎ 勤務先 ☎

携帯 ☎

治療するためにも必要ですから下記の事柄にお答えください。

・現在、口の中で最も気になさっていることは何ですか。

・今迄にかかったことのある病気についてご記入ください。

全身的な病気

・アレルギー 薬 食物 ・心臓疾患 ・腎臓疾患 ・肝臓疾患
・糖尿病 ・血液疾患 ・高血圧 / mmHg ・HIV ・その他

・以下の質問にお答えください。

・現在、常用している薬はありますか。 はい・いいえ 薬名
・血が止まりにくかったことがありますか。 はい・いいえ
・現在、妊娠しているかその可能性がありますか。 はい・いいえ 妊娠 月目

ご要望、ご相談されたいことなどがありましたら記入してください。

おことわり この問診表は診療に必要な資料として使わせていただきます。
厳重に保管され外部にもれることはありません。

澤歯科医院