問　診　表 ( 再 初 診 用 )

※問診表やカルテに記載される個人情報は、院外に漏出することはありません

西暦    年  月  日　お名前 漢字とふりがなをご記入ください

|  |
| --- |
| **１）どうされましたか？　印をつけてください。**[ ] 虫歯 [ ] 詰め物が取れた　　[ ] 歯肉が腫れた、血が出る [ ] 噛むと痛いところがある[ ] 入れ歯が合わない・作りたい　　[ ] 歯並び [ ] 歯石を取りたい　[ ] クリーニング（着色など）[ ] ブリーチング（ホワイトニング）[ ] インプラント [ ] その他（     ） |
| **２）どのような症状がいつから出ていますか？**［時期：     　症状：     ］ |
| **３）現在、病気やケガで通院中ですか？（他の歯科も含めて）**　　[ ] いいえ　　　　[ ] はい |
| **４）現在、服用している薬はありますか？** [ ] いいえ [ ] はい（薬名：     ） |
| **５）次の病気にかかったことがありますか？**[ ] 心臓病 [ ] 脳梗塞 [ ] 糖尿病 [ ] 高血圧 [ ] 癌 [ ] 肝硬変（     型肝炎）[ ] 腎臓病 [ ] HIV [ ] 神経症 [ ] アレルギー鼻炎、皮膚炎 [ ] 喘息[ ] その他（     ） [ ] なし |
| **６）薬などアレルギーは？（ピアスなどの金属アレルギー含む）**[ ] ない　[ ] ある（     ） |
| **７）過去、手術､大きなケガ､入院をしたことがありますか？**[ ] いいえ [ ] はい（     ） |
| 1. **現在、妊娠していますか？　又は授乳中ですか？**

　[ ] いいえ　[ ] はい（第     週目）　[ ] 可能性あり ・ [ ] 授乳中　[ ] 授乳していない |

**※ご住所、お電話番号等の変更がありましたら、ご記入下さい。**

現住所〒郵便番号　現住所をご記入ください　電話番号