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