

問診票

氏名： _____

記載日： _____ / _____ / _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg 体温： _____ 度

緊急連絡先 ※必ず連絡が取れるご本人またはご本人以外の方の電話番号を2カ所ご記入ください。

氏名 (続柄)	番号 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
氏名 (続柄)	番号 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()

以下の事項は診察のために重要です。出来るだけ詳しくお答えください。該当する箇所に☑をつけてください。

1) いつから、どのような症状がありますか。症状がない場合は受診目的をご記入ください。

2) 麻酔の注射をして、歯の治療、抜歯を受けたときに異常がおきたことはありませんか？

ない ある (血が止まらなかった 気分が悪くなった その他 _____)3) 歯科の治療をどのように思いますか？ 怖い 何とか我慢できる なんとも思わない

4) 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。

ない ある ※下記の該当するところに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病：透析 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 消化器疾患	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> じんましん
<input type="checkbox"/> その他 (_____)					

5) 今までに大きなけがや病気で手術を受けたことがありますか。

 ない ある (手術名もしくは病名： _____ 時期： _____ 歳/年頃)

6) 薬や食べ物で、じんましんやアレルギー症状が出たことがありますか。

 ない ある (薬または食べ物の種類： _____)

7) 普段の血圧の値を記入してください (ご自宅やかかりつけ医で測定している値)。 _____ / _____

8) 現在、服用されている薬はありますか。

 ない ある →お薬手帳を受付に提出してください

9) タバコについてお答えください。

 吸わない 吸っている (_____ 本/日) (_____ 歳から) 吸っていた (_____ 歳から _____ 歳まで)

10) お酒についてお答えください。

 飲まない 飲む (_____ 日/週) (何を： _____) (量： _____ /日)11) 女性の方へ。現在妊娠の可能性はありますか。 ない ある している (_____ ヶ月 / _____ 週)

飯塚病院 歯科口腔外科