

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 ( ) 男・女

生年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日生まれ) 年齢 ( ) 歳

住所 ( )

携帯電話 ( ) 自宅電話( )

※携帯電話に予約をお知らせするショートメールメッセージが届きます。

以下、該当する項目を○で囲んでください

## 1. どうしましたか

- ・痛むところがある (痛みの程度は 弱い 1・・・5・・・10 強い) ・虫歯がある
- ・歯肉の異常 ・入れ歯について ・クリーニング、定期検診を希望
- ・その他 ( )

## 2. どのあたりですか

右上 前上 左上  
右下 前下 左下

## 3. 全身疾患について

- ・高血圧 (最高血圧: mmHg) ・喘息 ・心疾患 ・不整脈 ・脳血管障害 ・気管支炎
- ・糖尿病 (HbA1c: %) ・甲状腺疾患 ・腎臓疾患 ・人工透析

※上記に該当する場合必要に応じて血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度のモニターを行います。

- ・肝炎 ・HIV ・骨粗鬆症 ・その他 ( )

## 4. 薬について 服用中のものがあればお薬手帳をご提示下さい。手帳がなければご記入ください。

( )

## 5. アレルギーがある ・薬 (薬名 ) ・金属 ・花粉症 ・ラテックス

## 6. 麻酔や処置で体調が急変した事が ・ある ・ない

## 7. 治療方法は ・健康保険の範囲内を希望

- ・相談の上決めたい
- ・出来るだけ良い方法、材料を使用したい (自費診療)

## 8. 来院に都合の良い曜日、時間帯

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
9:00~13:00	午前	午前	午前	休	午前	午前
14:00~18:00	午後	午後	午後	休	午後	※14:00~17:00

## 9. その他 要望など