

問診表

お名前 () () 才

住所 () 電話番号 ()

1. 今回来院されるきっかけになった主な症状は何ですか。

()

2. 現在通院中の病気はありますか。 いいえ はい

3. 現在飲んでいる薬がありますか。 いいえ はい

4. 次の病気にかかったことがありますか。○をしてください。

高血圧・低血圧・喘息・心臓病（狭心症・心筋梗塞など）・
脳疾患（脳出血・脳梗塞など）・糖尿病・肝炎・胃潰瘍・
十二指腸潰瘍・緑内障・尿路結石・痛風・腎炎・膀胱炎
腎盂腎炎・癌・ポリープ・その他 ()

5. 手術をしたことがありますか。 いいえ はい

手術名 ()

6. 薬によるアレルギーはありますか。 いいえ はい

7. アレルギー体質ですか。 いいえ はい

(アトピー、花粉症、喘息、食べ物など)

8. 歯の治療の麻酔で気分が悪くなったこと いいえ はい
がありますか。

9. 女性のみ 妊娠中ですか。 いいえ はい

授乳中ですか。 いいえ はい

治療について希望があれば記入してください。

()