

社(本・家)・国
生・自・老

問 診 表

記 年 月 日 入 年 月 日

ふりがな _____ 男・女

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____ 年 月 日 才

カルテNo. _____

Tel _____

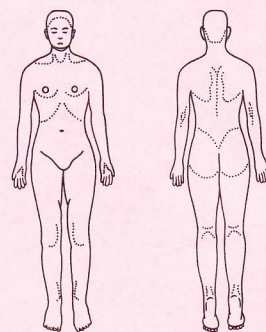
携 帯 _____

職 業 _____

どうされましたか?

その箇所に丸印をしてください

[Empty box for patient's description]



1. 当院には _____ はじめて(自分でみつけて来た。 紹介 _____)
前に来たことがある(_____ 前)

2. 特異体質やアレルギーはありますか。 _____
ない・ある { ①ピリン系に過敏 ②歯科麻酔に過敏
③ペニシリン系に過敏 ④ヨード系に過敏
⑤その他 _____ }

3. 歯を抜いたことがありますか。 _____
ない・ある

4. その時、異常はありましたか。 _____
ない・ある { ①貧血をおこした ②血が止まらなかった
③何日も痛んだ ④熱が出た
⑤その他 _____ }

5. 今まで、大きな病気をしたり、大きな手術を受けたことがありますか。

ない・ある (病名 _____)

6. 現在、内科的な病気はありますか。 _____
ない・ある { ①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ④肝臓病
⑤性病 ⑥リウマチ ⑦結核
⑧その他 _____ }

7. 現在、毎日常用している薬はありますか。 _____
ない・ある (薬品名 _____)

8. 最近、血圧を計ったことはありますか。 _____
ない・ある { _____ 月 日)
普通・高い・低い↑・↓ _____ }

9. 現在、妊娠をしていますか。 _____
いない・いる (_____ ヶ月)

10. 現在、赤ちゃんに授乳していますか。 _____
いない・いる

11. その他に注意してもらいたいことがありますか。

ない・ある (具体的に _____)