

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 ()

※携帯電話のSMS (ショートメッセージ) へ予約前日に確認メッセージを希望する はい いいえ

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：度合いは 弱い←1・・・5 (鎮痛剤が必要)・・・10 (眠れない、薬が効かない) →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 (SpO2) のモニターを行います。

- ・肝炎、HIV (※必ず申告して下さい) ・骨粗鬆症 (薬剤名：)
- ・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 () ・金属 ・花粉症 ・ラテックス (ゴム)

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