

歯科 問診表

氏名 _____ 連絡先(TEL) 自宅 _____ 携
 帯 _____

身長	_____ cm
体重	_____ kg

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

1. アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止めなど)

☐あり 薬品名 _____ ☐なし

症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、果物、大豆、牛肉、そば、小麦、甲殻類、ナッツ等)

☐あり 食品名 _____ ☐なし

症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品、金属など)

☐あり 物質名と症状 _____ ☐なし

2. 本日は、どのようなことで来院されましたか

3. 今まで歯科で麻酔の注射をしたことがありますか 1. あり 2. なし

①その際、異常はありましたか 1. あり () 2. なし

②その他に歯科治療で不安なことはありますか(嘔吐反射など)

1. あり () 2. なし

4. 今までにかかれた主な病気、受けられた手術について(歯科以外も含む)

①下記の中でかかれた病気があれば○をつけてください

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心疾患 貧血 リウマチ 骨粗鬆症 甲状腺機能異常 がん

②その他、今までにかかれた病気や手術はありますか 1. あり 2. なし

() () 歳のとき

() () 歳のとき

() () 歳のとき

5. 現在通院されている他科はありますか

内科 外科 整形外科 産婦人科 小児科 脳神経外科 心臓血管外科 耳鼻咽喉科

皮膚科 泌尿器科 眼科 精神科・心療内科

その他 ()

⇒裏面に続きます

6. 現在、使用されているお薬はありますか 1. あり 2. なし

①下記の中で使用されているお薬があれば○をつけて薬品名をご記入下さい。

血をサラサラにする薬 骨を強くする薬 ステロイド 経口避妊薬 黄体ホルモン治療薬
シダキュアスギ花粉舌下錠・ミティキュアダニ舌下錠 精神科・心療内科処方薬

上記○をされた薬品名 ()

②その他、現在使用されているお薬やサプリメントがあればご記入下さい。

薬品名 ()

7. 喫煙履歴

1. 喫煙中 2. 喫煙歴あり (年前まで) 3. 喫煙歴なし

8. 女性の方へ

①妊娠の可能性について 1. あり 2. 妊娠中(予定日 /) 3. なし

②授乳について 1. 授乳中 2. なし

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

ありがとうございました。