

たべ歯科クリニック 問 診 票		下記の質問に正確に記入願います。				平成	年	月	日
ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年齢		御紹介			
氏名			年 月 日 生		歳				
住所	〒 自宅電話 ()			勤務先	電話				
携帯電話番号									

以前に歯科診療を受けたことはありますか？

ない 当医院 他の医院で () か月前 () 年前
通院中・治療中の病気はありますか？

ない

- 高血圧 心臓病 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症
- 心不全 心筋症 先天性心疾患) 糖尿病 脳卒中
- ぜんそく 肝臓病 腎臓病 てんかん
- アレルギー 甲状腺の病気 がん その他 ()

現在服用中の薬剤はありますか？

ない ある

服用中の薬剤がある方は、お薬の名前（不明な場合は何のお薬か）をお書きください。

()

歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ

けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ

薬のアレルギーはありますか？ はい 可能性・疑いあり いいえ

妊娠・授乳中ですか？（女性の方へ） はい 可能性・疑いあり いいえ

現在の血圧は？ 高い 普通 低い (/)

治療に関して希望・質問がございましたらご記入ください

以上で問診は終了です。ありがとうございました。

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。

Tabé Dental Clinic since 1998