

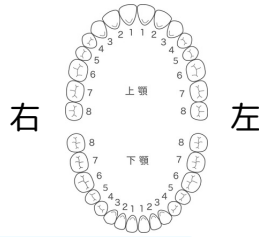
問診票

記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

フリガナ 氏名	男・ 女	生年月日	昭・平・令	年	月	日 (才)
住所	〒		電話番号				
アドレス			ご職業				

今日はどうされましたか？
(当てはまるもの全てにチェックしてください。)

- 歯が痛い 歯がしみる 虫歯がある
- 歯肉から出血がある 詰め物・被せ物が取れた
- クリーニング ホワイトニング 検診
- 歯並びを直したい インプラント 治療相談
- 口臭が気になる 入れ歯を作りたい
- 顎が痛い 噛み合わせがおかしい
- その他()



どの歯ですか？
丸で囲んでください。

治療希望(該当するものにチェックを入れて下さい)

- 悪い所は全て治療したい
- 希望する所のみ治療したい
- 相談して決めたい
- 全て保険内で治療したい 自費治療希望

現在または過去にかかった病気について
(当てはまるもの全てにチェックを入れて下さい)

- 既往歴なし
- 無カタラーゼ症 心臓病(ペースメーカー有・無) 腫瘍
- 脳梗塞 骨粗しょう症 糖尿病
- ぜんそく 腎臓疾患 肝炎(A型・B型・C型)
- 血液疾患() その他()

血圧は大丈夫ですか？

- 良好 低血圧 高血圧(/)

現在どこかの病院にかかっていますか？

- いいえ はい
- 病院名() 病名()

現在服用中のお薬はありますか？

抗凝固剤(血をサラサラにするお薬)を服用中ですか？
お薬手帳をお持ちの方はスタッフにお見せ下さい

- いいえ はい お薬名()
- 抗凝固剤の服用 無・有 お薬名()

怪我や抜歯で血が止まりにくかった経験はありますか？

- いいえ はい 抜歯したことがない

その他、ご希望など承っておくことはございますか？

ロキソニン服用でぜんそくが出た事がありますか？
(アスピリンぜんそく)

- いいえ はい

抗生剤でじんましんが生じるなど体に合わない種類はありますか？

- いいえ
- ペニシリン系 セフェム系
- アミノグリコシド系 ニューキノロン系
- マクロライド系 テトラサイクリン系

食べ物や金属などでアレルギー反応が出た事がありますか？

- 異常なし 異常あり アレルギー名()

あなたの現在の健康状態はいかがですか？

- 良い ふつう 悪い(具体的に:)

女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？

- いいえ 可能性あり 授乳中
- はい 現在妊娠 か月 出産予定日 月 日

タバコは吸いますか？

- いいえ はい (1日 本)

現在インプラントが入っていますか？

- いいえ はい

定期健診をご希望されますか？

- いいえ はい

「はい」と回答された方へ案内をご希望されますか？

- 不要 必要

診察券はアプリ、紙のどちらがよろしいですか？

- アプリ 紙

御家族でどなたかハーミー歯科に通院された事がある方はいらっしゃいますか？

- お名前() 続柄()
- お名前() 続柄()

当院は診療情報を取得・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をお願いいたします。