

# 問 診 票

年 月 日

氏名 ( ) 歳 性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日 血液型

住所

電話番号 携帯 自宅

職業 勤務先電話番号

## ※本日の受診理由について

本日はどうされましたか？

[ ]

## ※治療中のご病気、過去の病気などについて、あてはまる項目に○をつけてください。

- ・現在治療中の病気がある ( はい いいえ )
- ・心臓・血管 ( 不整脈 心筋梗塞 狭心症 先天性心疾患 弁膜症 高血圧 心不全 高脂血症 )  
※ ・バイパス手術をした ・カテーテルで治療した
- ・内分泌 ( 腎臓病 糖尿病 HbA1c \_\_\_\_\_ % 甲状腺 亢進・低下 )  
※ 透析中の方 腹膜・血液 曜日 ( \_\_\_\_\_ )
- ・呼吸器 ( 喘息 結核 肺気腫 気管支炎 )
- ・消化器 ( 胃腸 肝臓 膵臓 ) 肝炎 ( \_\_\_\_\_ ) 型
- ・血液 ( 貧血 血が止まりにくい 内出血しやすい )
- ・神経 ( てんかん 脳梗塞 脳出血をおこしたことがある )
- ・精神 ( うつ病 統合失調 認知症 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )
- ・が ん ( \_\_\_\_\_ )  
※ 現在がん治療の方 ( 抗がん剤使用中 放射線治療したことがある 骨転移あり 経過観察中 )
- ・骨しょう症 内服薬 ( あり なし )
- ・アレルギー ( あり なし )  
ありの場合  
薬 ( \_\_\_\_\_ ) 食物 キウイ パイナップル その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・その他 ラテックスゴム 金属 ( \_\_\_\_\_ )
- ・妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月 予定日 \_\_\_\_\_ )
- ・喫 煙 ( あり なし )
- ・歯医者で麻酔をしたことが ( ある ない )
- ・麻酔で気分が悪くなったことがある ( はい いいえ )

治療は痛い歯だけで良い ( はい いいえ )

治療に関して伝えておきたいことやご希望があれば書いてください

( \_\_\_\_\_ )