近藤歯科医院
Kondo Dental Clinic

問診票

年　月　日

ふりがな
氏名　（男　女）　**生年月日**　年　月　日（　歳）

住所　〒

TEL　Email

※ご予約や治療について医院よりご連絡を差し上げる場合がございます。
日中お電話をお受けいただくことが難しい方はご記入をお願い致します。

血液型

ご紹介者　様　（ご関係：　）

ご来院の理由

□虫歯（部位：　痛い/痛くない）
□ 歯ぐきが痛い・腫れた　（部位　）
□入れ歯 （違和感がある/ 作りたい）
□できものができた　（部位　）
□つめものが取れた（部位　）
□親知らず（痛い/腫れた/その他　）
□その他(　)

① 現在の**体調**はいかがですか？	□良好	□あまり良くない	□
② 歯科以外の病気で**通院・手術**をしたことがありますか？			□
□はい　（病名：　）			
（時期：　）			
□いいえ			
③ 歯科で**麻酔注射をして異常**があったことはありますか？	□はい	□いいえ	□
④**体に合わない薬**はありますか？　□はい　（薬品名：　）			□
（症状：　）			
□いいえ			
⑤常用している、または一時的に服用している**薬**はありますか？			□
□はい（薬品名：　）（お薬手帳持参：　あり/なし）			
□いいえ			
⑥**アレルギーまたはぜんそく**はありますか？			□
□はい（　）			
□いいえ			
⑦**血圧が高い**と言われたことがありますか＞			□
□はい（最高血圧：　最低血圧：　）			
□いいえ			
⑧ **血が止まりにくい**と言われたことはありますか？	□はい	□いいえ	□
⑨**心臓または肝臓が悪い**と言われたことはありますか？	□はい（心臓/肝臓）	□いいえ	□
⑩**肝炎・その他の感染症**にかかったことがありますか？	□はい（　）	□いいえ	□
⑪**健康診断で注意**を受けたことがありますか？	□はい（　）	□いいえ	□
⑫今までに**歯石を取った**ことはありますか？	□はい（　ヶ月前）	□いいえ	□
⑬（女性のみ）現在**妊娠中**ですか？	□はい（　ヶ月）	□いいえ	□
⑭（女性のみ）現在**授乳中**ですか？	□はい	□いいえ	□
⑮ ご予約の時間帯や曜日等のご希望がありますか？（　）			□
⑯ ご要望等			□
（　）			

当院をどのようにお知りになりましたか？
□紹介　□ホームページ　□ 通りがかり　□以前から知っていた　□その他（　）