

(当院記入欄) No. _____

表(1枚目)と裏(2枚目)を、A4用紙(無ければその他のサイズでも構いません)に印刷および記入して来院いただけますとありがたいです。

問診票

ひでかず歯科口腔外科クリニック Ver.4.1

ふりがな		生年月日	保険証の性別	
お名前		昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	男・女
ご住所	(郵便番号 〒 -)			
電話番号	①自宅またはご本人の携帯電話	②(必要により)代理の方の連絡先	職業	

○当院をどちらで知りましたか？

インターネット (当院ホームページ / Twitter / instagram / Facebook / Google map その他)
通りがかり・医療機関からの紹介・親族・知人から聞いた・その他 ()

○本日はどのような症状やお困りで受診されましたか？

[]

○その症状は、いつ頃から生じましたか？なにか「きっかけ」はありましたか？

[]

○その症状に対して、他の医療機関を受診したり、治療を受けたりしたことはありますか？

→ ある ・ ない

↓

「ある」の方、お分かりの範囲で構いませんので、受診した医療機関名、治療の内容、いただいたお薬などを記入してください。

[]

○その症状に対し、ご自身で行っている対応(市販薬、気を付けていることなど)があれば記入してください。

[]

裏面(2ページ目)に続きがございます。

(当院記入欄) No. _____

○ **現在**、治療中あるいは通院中の病気はありますか？ ある ・ ない

「ある」の方は、病名（分からなければ症状でも構いません）をご記入ください。

○ **以前かかって今は治った**病気はありますか？あれば丸で囲んでください。 とくにない

高血圧・心臓の疾患・脳卒中・糖尿病・腎臓の疾患・肺の疾患・甲状腺の疾患・肝臓の疾患
B型肝炎・C型肝炎・HIV感染症・骨粗しょう症・胃の疾患・血液の疾患・うつ病・統合失調症
上記以外の病名は、ご記入ください。（病名 _____）

○ 現在、使用している**お薬**はありますか？ ある ・ とくになし

お薬の名前（分かる範囲でご記入ください）

○ **手術**を受けたことはありますか？ ある ・ ない

「ある」→（受けた手術： _____（ _____ 歳の時） **輸血**：した していない）

○ **アレルギー**・（薬は副作用の場合も）はありますか？ ある ・ ない

食べ物（ _____ ） 薬（ _____ ）
金属 花粉 アルコール 歯科の麻酔の注射 その他（ _____ ）

○ **たばこ**は吸いますか？ 吸わない・以前吸っていた 吸っている

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日おおよそ _____ 本）

○ **お酒**は飲みますか？ 飲む・以前は飲んでいて 飲まない

（ _____ 歳～ _____ 歳まで、1日に飲む量：おおよそ _____ ）

○ **身長と体重**を、だいたいで構いませんので教えてください。

（身長） _____ cm ・ （体重） _____ kg

○（女性の方のみ、当てはまればチェックしてください） 妊娠中・授乳中・閉経後

○受診中の医院（**歯科以外**） なし・あり _____（医院名）

○かかりつけの**歯科**医院 なし・あり _____（歯科医院名）

○ 当院での診療の**費用**について、ご希望をお伺いします。

保険が利く範囲内で対応してほしい 保険が利かない診療も、説明を受けて考えてみたい

以上です。