

# 問 診 票

カルテ NO.

年 月 日

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生まれ	才
住所	〒	
	電 話	

\* 診察上大切なことですので、必ずご記入ください。

1、今の症状（いつ頃から、どのように具合が悪いですか）		
2、医師からアレルギー体質とか、異常体質と言われたことがありますか	はい	いいえ
3、注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか	はい	いいえ
4、今までに手術や大げがをしたことがありますか	はい	いいえ
5、現在あるいは今までに、次の病気にかかったことがあれば○印で囲んでください 緑内障、糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、肝臓病、ぜんそく、胃腸病、リウマチ、結核 その他（ ）		
6、現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか	はい	いいえ
7、今までに歯科で麻酔注射を受けたことがありますか	はい	いいえ
8、胃が弱いですか	はい	いいえ
9、（女性のみ）現在妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか	はい	いいえ
10、当院を知ったきっかけはなんですか 看板、ホームページ、家族の紹介、知人の紹介、建物を見て、その他（ ）		
11、以前、院長（中井）にかかったことがありますか いつごろ、どこで（わかる範囲で結構です）	はい	いいえ

本人または保護者のサイン[

]