

No.

令和 年 月 日

大宮歯科医師会 休日急患歯科診療所 問診票

氏名		生年月日	/ /	(才)	男 女
住所	〒		電話番号		
本日はどうされましたか？ <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> その他 _____					
現在、かかりつけの歯科医院はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____					
今現在治療中の病気、または、過去にかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞/脳出血 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 _____					
現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳をお持ちですか？ お持ちでない場合はご記入ください 薬 _____					
薬、歯科の麻酔、食べ物にアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ _____					
1か月以内に当院を受診されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 令和 年 月 日 _____					