

問 診 票

年 月 日

ふりがな	:		身長	_____	
お名前	:		体重	_____	
生年月日	:	(大正・昭和・平成)	年	月	日
郵便番号	:				
住所	:				
連絡先 (Tel)	:				
緊急連絡先 (Tel)	:				

★薬剤のアレルギーはありますか？ ある ・ ない

あれば原因物質（薬剤）の名前をお書きください

(_____)

★歯科で治療する時の局所麻酔薬・内服薬・注射薬で具合が悪くなったことはありますか？ ある ・ ない

あれば薬剤名をお書きください (_____)

★現在飲んでいる薬はありますか？ ある ・ ない

服用中の方でお薬手帳のある方は提出して下さい。

お薬手帳のない方は服用中の薬剤名を記入して下さい

(_____)

その中に血をサラサラにする薬はありますか？ ある ・ ない (例：バイアスピリン・イグザレルトなど)

★今までに治療した病気や現在治療している病気があれば教えてください。

_____ (_____ 歳) ・ _____ (_____ 歳)

_____ (_____ 歳) ・ _____ (_____ 歳)

