

受診調査票

ふりがな

お名前：

男・女 昭・平 年 月 日生(歳)

ご自宅電話：

携帯電話：

ご自宅住所：

血液型：A B AB O

以下はあなたの健康状態をおうかがいしますので、おわかりになる範囲で簡単にご記入お願いいたします。

・今日は、どうなさいましたか？

・症状がもしあれば、どのような症状で、いつ頃からですか？

・次の**病気**にかかれたことがありますか？または現在かかっていますか？(○印をしてください)

心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 脳卒中 リウマチ ぜんそく てんかん
貧血 結核 自律神経失調症 アレルギー(食物・薬剤) 高血圧(下 上)
その他特記事項

・何か**手術**を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方：それはいつごろでしたか？

・**肝炎**またはB型肝炎、C型肝炎ウイルスがあるとされたことがありますか？ はい・いいえ

・傷ができた時、**血が**止まりにくいですか？ はい・いいえ

・歯科治療を受けられて、**気分**が悪くなれたことがありますか？ はい・いいえ

・現在常用されている**薬**がありましたらご記入ください。(わからない場合はお薬手帳等をお見せください)

・現在の**体の具合**はいいですか？ はい・いいえ(風邪、妊娠 ヶ月)

・**あご**がなったり、開け閉めの時に痛かったりすることがありますか？ はい・いいえ

当院へおこしいただいたきっかけをおしえてください(いくつでもチェックしていただいて結構です)

通りすがりで偶然 通勤途中 Webから 紹介 評判口コミ 雑誌
他になににご要望等ありましたらご記入下さい

ご協力ありがとうございました