

問診表

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男 女	昭和 平成 令和	
住所	〒		年 月 日	
職業		紹介者	電話番号	
勤務先			携帯電話番号	

今日はどうなさいましたか？	
生活習慣	
歯磨きはいつしますか？	起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
一回の歯磨きの時間は？	_____分
歯ブラシ以外に使用しているものは？	フロス（糸ようじ） 歯間ブラシ
タバコは吸いますか？	吸う 吸わない
睡眠時間は？	_____時間
よく飲む物は？	お茶 コーヒー ジュース 炭酸飲料 お酒
間食の取り方は？	規則正しい 不規則 あまりしない
健康状態	
現在、治療中ですか？	はい いいえ はいの方・・・心臓疾患 高血圧 糖尿病 肝炎 その他（ ）
処方されている薬は？ (お薬手帳も提出してください)	ある ない あるの方・・・血圧を下げる薬 骨粗しょう症の薬 血液をサラサラにする薬 精神安定剤 その他（ ）
薬にアレルギーはありますか？	はい いいえ はいの方・・・（ ）
麻酔で具合が悪くなったことは？	ある ない
その他、ご希望はありますか？	