

| | | | |
|------|---|---|---|
| 日 付 | 年 | 月 | 日 |
| 名 前 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |

〈 薬剤問診票 〉

当てはまる方に○を付けて下さい

1. 今までに抗生剤を使用したことがありますか？ ある ・ ない

2. 抗生剤で副作用が出現したことはありますか？ ある ・ ない

↓

薬剤名と症状について教えて下さい

薬剤名 ()

症状 → ショック 血圧低下 呼吸困難 紅斑 じん麻疹 肝機能障害
 その他 ()

3. 抗生剤以外の薬剤に対するアレルギー歴 ある ・ ない

4. アレルギー疾患がありますか？ ある ・ ない

↓

気管支喘息 花粉症 その他 ()
 金属アレルギー ()

* 金属アレルギーのある方は、何の金属で症状が出るのかを記入して下さい

〈 歯科問診票 〉

1. 現在歯の治療を受けていますか？ はい ・ いいえ

2. 現在歯のことで気になることはありますか？ はい ・ いいえ

↓

どんなことが気になるのか記入して下さい
 ()

3. 歯科のかかりつけはありますか？ はい ・ いいえ

↓

歯科医院名 ()