



ふりがな  
氏名

生年月日

明・大・昭・平 年 月 日

お困りの症状は？	
症状	<p>1. 口臭が気になる <input type="checkbox"/>なる <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>ならない</p> <p>2. 歯肉から血が出る <input type="checkbox"/>でる <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>でない</p> <p>3. 口や喉が渇く <input type="checkbox"/>渇く <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>渇かない</p> <p>4. 口内炎が出来やすい<input type="checkbox"/>良くできる <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>ほとんどできない</p> <p>5. 顎が痛い <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>痛くない</p> <p>6. 舌が痛い <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>痛くない</p> <p>7. 冷え・のぼせ <input type="checkbox"/>手足が冷える<input type="checkbox"/>お腹や腰が冷える<input type="checkbox"/>のぼせる</p> <p>8. 胃腸の様子 食欲 ( <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>普通 ) 胃痛 (空腹時 <input type="checkbox"/>食後 <input type="checkbox"/>食事をすると痛みが治まる)</p> <p><input type="checkbox"/>つかえる <input type="checkbox"/>胸やけ <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>吐血 <input type="checkbox"/>ジャブジャブ音がする</p>
体格・体質	<p>身長:                   cm 体重:                   kg</p> <p>1. 体格 <input type="checkbox"/>中間型 <input type="checkbox"/>肥満型(水肥り 脂肪肥り 堅肥り) <input type="checkbox"/>やせ型</p> <p>2. 体質 <input type="checkbox"/>虚弱体質で神経質 <input type="checkbox"/>疲れやすい <input type="checkbox"/>冷え性 <input type="checkbox"/>多汗症 <input type="checkbox"/>のぼせ症 <input type="checkbox"/>アレルギー体質(                    )</p> <p>3. 顔色 <input type="checkbox"/>健康色 <input type="checkbox"/>白い <input type="checkbox"/>青白い <input type="checkbox"/>赤い <input type="checkbox"/>赤黒い <input type="checkbox"/>黄色い <input type="checkbox"/>黒い</p> <p>4. 食事 <input type="checkbox"/>何でも食べる <input type="checkbox"/>偏食 <input type="checkbox"/>よくお茶を飲む <input type="checkbox"/>冷たい物を飲む <input type="checkbox"/>温かい物を飲む <input type="checkbox"/>野菜が多い <input type="checkbox"/>肉類が多い <input type="checkbox"/>甘い物を好む <input type="checkbox"/>辛い物を好む <input type="checkbox"/>果物を好む <input type="checkbox"/>間食が多い <input type="checkbox"/>お酒(1日 合)</p> <p>5. 便通 1日 回(便秘 下痢 硬い 軟い 残る感じがする)</p> <p>6. 尿 1日 回(夜間排尿 回)、尿の量(多い・少ない) <input type="checkbox"/>出にくい <input type="checkbox"/>尿が近い <input type="checkbox"/>排尿痛 <input type="checkbox"/>残尿感 <input type="checkbox"/>血尿 <input type="checkbox"/>尿蛋白 尿の色(                    色)</p> <p>7. 婦人 月経周期( 日周期 日間)、おりもの(                    色) 月経困難 <input type="checkbox"/>軽い <input type="checkbox"/>ひどい・月経痛 <input type="checkbox"/>前 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>後 月経障害(                    )</p>
漢方服用歴	<p><input type="checkbox"/>初めて <input type="checkbox"/>医科で処方 <input type="checkbox"/>薬局・薬店などで(錠剤・顆粒・煎薬)</p>
即往歴 (病歴)	<p>1. 糖尿 2. 貧血 3. 高血圧 4. 心臓病 5. 結核 6. 血液疾患 7. 喘息</p> <p>8. 動脈硬化 9. リューマチ 10. 蓄膿症 11. 肝臓病 12. 腎臓病</p> <p>13. 胃・腸疾患 14. 内分泌障害 15. 耳鼻咽喉部疾患</p> <p>16. 自律神経機能失調 17. 泌尿器系疾患 18. 女性疾患(不妊症・流産・ 更年期障害・子宮筋腫)、妊娠中(                    カ月                    週)</p> <p>19. その他(                    )</p>
現在服用中 の薬品名 サプリメント名 (服用期間など)	

ありがとうございました

# 下馬デンタルクリニック

診療科目：一般歯科・小児歯科・予防歯科・ホワイトニング  
 火曜日・金曜日は夜9時まで診療致します。



03-3414-8606

	月	火	水	木	金	土
AM 10:00	○	○	○	訪問診療	○	○
PM 1:00	○	○	○	訪問診療	○	○
PM 3:00	○	○	／	訪問診療	○	／
PM 7:00	○	○	／	訪問診療	○	／
PM 7:00	／	○	／	訪問診療	○	／
PM 9:00	／	○	／	訪問診療	○	／



東急田園都市線 三軒茶屋駅下車 南側出口より 徒歩 約10分

東急バス 自衛隊中央病院入り口  
 駒繫(こまつなぎ)小学校入り口 下車 徒歩約5分

●所在地  
 〒154-0002  
 東京都世田谷区下馬2-25-17 DRホームズ1F

●電話番号  
 03-3414-8606

