

診療申込書・問診票

平成 年 月 日

カルテ番号：

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	T・S・H 年 月 日
ご住所	〒 -		
電話番号	自宅 - - 携帯 - -	ご職業	
メールアドレス	@		ご登録頂くと次回より予約確認メールをお送りします。

下記の該当する項目に✓をお付け下さい。この問診票は、治療するにあたり重要な事柄です。なお、個人情報保護法に基づき、患者さんの個人情報保護を厳守いたします。

1 今回来院された理由を教えてください。

(1) 歯について	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> ぐらぐらする <input type="checkbox"/> 抜けた <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 差し歯がとれた <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> その他()
(2) 歯肉について	<input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> その他()
(3) 顎の関節について	<input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> お口が開きにくい その他()
(4) 入れ歯について	<input type="checkbox"/> 入れ歯がゆるい <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> 新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他()
(5) 歯並びについて	
(6) 口臭について	
(7) クリーニング・ホワイトニング	
(8) その他()	

2 上記の症状はいつからですか？

()

裏面につづく

3 次の病気にかかったことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」の場合、詳しくお聞かせください。

肝臓病 ⇒ A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 その他()

高血圧症 心臓病 脳血管疾患 結核 糖尿病 腎臓病 喘息

甲状腺疾患 骨粗鬆症 その他()

4 現在通院されていますか？（ はい ・ いいえ ）

医療機関名() 通院頻度：()

5 アレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」⇒ 薬剤 食べ物 金属 花粉 その他()

6 輸血を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

7 現在服用している薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」⇒ (薬品名：)

8 歯科の治療で麻酔を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」⇒ その時、具合が悪くなった？(はい・いいえ)

9 今まで歯を抜いたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」⇒ その時、具合が悪くなった？(はい・いいえ)

抜いた後に血が止まりにくかった？(はい・いいえ)

10 その他、知らせておきたいことがございましたらご記入ください。

妊娠中 筆談 家族の大きな病気 その他()

11 治療のご希望をお伺います。

保険診療の範囲で医師と話し合って決めたい 自費診療も検討したい

12 今回の診療所を選んだ理由を教えてください。

自宅が近い 職場が近い 家族のすすめ⇒ ご紹介者名 様

通りすがり インターネット(検索エンジン Yahoo! Google)

KYB 渋谷クリニックのご紹介⇒ ディレクター名 様

ご協力ありがとうございました。