

受診

年 月 日

問診表

No. _____

ふりがな

氏 名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住 所 _____ TEL _____

勤務先 _____ TEL _____

職 業 _____ 紹介者 _____ 病院からのご紹介の方は
病院名をご記入ください

★ 紙の診察券をご希望の方はメールアドレスをご記入ください @

 より良い治療をお受けいただくために、現在あなたの健康状態や診療希望をおたずねします。
できるだけ正確に質問にお答えください。 ※ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。 

どうなさいましたか？	☐ 歯・歯ぐきが痛い ☐ むし歯がある ☐ 歯肉が腫れた ☐ 詰め物がとれた ☐ 入れ歯を入れたい ☐ 検診をしたい ☐ 金属アレルギー ☐ 精密根管治療を希望 ☐ アゴが痛い ☐ 口臭が気になる ☐ 歯並びを直したい ☐ その他 (_____)
痛みや症状がある場合、 どの部位ですか？	右上 上前 左上 ☐ 今日初めて ☐ 昨日から ☐ 時々 右下 下前 左下 ☐ ずっと前から ☐ 現在痛みはない
歯の治療はこわいですか？	☐ 何ともない ☐ こわい
現在の健康状態は？	☐ 良い ☐ 悪い ☐ 病院に通っている (病名 _____) 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ (複数選択可) ☐ いいえ ☐ 心臓疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 血液疾患 ☐ 高血圧 ☐ 低血圧 ☐ その他 (_____)
現在服用(常用)中の薬は？	☐ ない ☐ ある 薬の種類： _____
薬に対する副作用は？	☐ ない ☐ ある 薬の名前： _____ / 症状： _____
他にアレルギーや 特異体質はありますか？	☐ ない ☐ ある：食べものの種類・薬品名をお書きください (_____)
麻酔注射や歯を抜いたこと はありますか？	☐ ない ☐ ある：その際、異常はありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい (_____)
タバコは吸いますか？	☐ 吸わない ☐ 吸う (_____ 本/日) ☐ 以前吸っていた (_____ 年前まで)
★女性の方へ 妊娠していますか？	☐ はい ☐ いいえ ☐ 可能性がある ☐ 授乳中
治療に際してのご希望は？	☐ 痛いところだけ治したい ☐ 相談して決めたい ☐ 悪いところを全部治したい
今ある歯を将来残したいですか？	☐ はい ☐ いいえ
当院をお知りになった 理由をお聞かせください。	☐ 家族・知人から評判を聞いて (お名前： _____) ☐ 建物を見て(近くを通過して) ☐ 看板を見て ☐ ホームページを見て ☐ タウンページを見て ☐ SNS ☐ おしむら歯科 ☐ ほかの病院からの紹介 ☐ その他 (_____)
その他ご希望がありましたら お書きください	_____

★定期検診のご紹介★

当院では歯とお口の健康を維持し守るために、定期的に医院を訪れて歯とお口の状態を検査するシステムを実施しております。定期検診は病気の早期発見・早期治療につながりますし、何より予防になります。ご希望の方にはこちらから通知いたします。

☐ 希望する ☐ 希望しない

ありがとうございました。お呼びしますのでしばらくお待ちください。



かすみり・おしむら歯科