

# 問 診 票

記入日 年 月 日

氏名（ふりがな）	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
住所 〒	
TEL（緊急連絡先・携帯電話）	TEL（ご自宅・FAX）
職業	E-mail アドレス

この問診表は、患者様によりよい治療を受けていただく為に参考とさせていただきます。  
患者さまのプライバシーは厳守いたしますので、正確にご記入ください。

本日ご来院された理由 (その他、ご希望・ご相談がありましたらご記入下さい)	●ご来院の理由について、詳細をご記入下さい●		
現在痛みはありますか？	はい	● どこが痛みますか？ 左上 前上 右上 今日始めて 時々 左下 前下 右下 ずっと前から ( 日前)	いいえ
抜歯をしたことはありますか？	はい	● 歯を抜いて異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 意識を失った <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> その他 ( )	いいえ
現在かかっている病気はありますか？	はい	病 名： ( ) 医 院 名： ( )	いいえ
現在服用しているお薬はありますか？	はい	薬剤名： ( ) いつから？： ( )	いいえ
今までにかかった病気はありますか？	はい	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( )	いいえ
お薬のアレルギーや副作用が出たことはありますか？	はい	<input type="checkbox"/> ペニシリン <input type="checkbox"/> その他抗生物質 <input type="checkbox"/> ビリン薬 <input type="checkbox"/> その他鎮痛消炎剤 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 その他 ( )	いいえ
特異体質、アレルギーはありますか？	はい	●その内容	いいえ
感染症の診断を受けたことがありますか？	はい	● 具体的な診断病名をご記入ください。例：HIV、C型肝炎 など	いいえ
タバコは吸いますか？	はい	● 喫煙量：1日 本、 箱	いいえ
この機会に 治療方法のご希望は ございますか？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけでいい <input type="checkbox"/> 相談しながら考えたい <input type="checkbox"/> 可能な限り保険の範囲でお願いしたい <input type="checkbox"/> 良い材料、方法等があれば、相談の上、自費治療を希望したい		
当医院をどのように お知りになりましたか？	※該当するものに☑をして下さい。(複数回答可) ※検索の場合キーワードもご入力をお願い致します。 <input type="checkbox"/> Google検索 ( ※例 田町 歯医者) <input type="checkbox"/> Yahoo!検索 ( ※例 三田 歯医者) <input type="checkbox"/> Googleマップ検索 ( ※例 田町 歯医者) <input type="checkbox"/> Yahoo!マップ検索 ( ※例 三田 歯医者) <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> LINE広告 <input type="checkbox"/> バナー広告 <input type="checkbox"/> Youtube <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 品川区役所ポスター <input type="checkbox"/> リーフレット紹介 <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (ご紹介者名： 様) <input type="checkbox"/> その他 (		

診療に際しましては、治療内容のご説明や衛生面など細心の注意を払っておりますが、ご意見、ご希望等ございましたら、医師やスタッフにご遠慮なくお申し出下さい。

また、当院は予約診療になっておりますので、診療の都合上キャンセル等のご連絡はお早めをお願いいたします。



Orchid Dental Clinic  
オーキッド歯科・矯正歯科