

問診表

記入日 年 月 日

氏名(ふりがな)	明・大・昭・平 年 月 日生
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？	ある	● どこが痛みますか？ 左上 前上 右上 今日はじめて 時々 左下 前下 右下 ずっと前から (日 前)	ない
抜歯をしたことはありますか？	ある	● 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()	ない
現在かかっている病気はありますか？	ある	病名: () 医院名: ()	ない
現在服用しているお薬はありますか？	ある	薬剤名: () いつから? ()	ない
今までにかかった病気はありますか？	ある	<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 ()	ない
お薬のアレルギーや副作用が出たことはありますか？	ある	<input type="checkbox"/> ペニシリン <input type="checkbox"/> その他抗生物質 <input type="checkbox"/> ピリン薬 <input type="checkbox"/> その他鎮痛消炎剤 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 その他()	ない
特異体質、アレルギーはありませんか？	ある	● その内容 () ()	ない
感染症の診断を受けたことがありますか？	ある	● 具体的な診断病名をご記入ください。例:HIV、C型肝炎 など ()	ない
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	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでるところだけでいい <input type="checkbox"/> 相談しながら考えたい		
治療内容に特にご希望はございますか？	<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☑を入れて下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 野立て看板 <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> バスの車内放送 <input type="checkbox"/> 家が近所だから <input type="checkbox"/> 雑誌 (雑誌名:) <input type="checkbox"/> 広告・DM・パンフレットなど <input type="checkbox"/> タウンニュース <input type="checkbox"/> ぱど <input type="checkbox"/> インターネット 下記より検索媒体をお選び下さい。該当するものに全て○をつけて下さい。 検索エンジン→ Yahoo! / Google / その他() サイト名 → 当院ホームページ / ドクターズファイル / インプラントネット <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(ご紹介者名: 様)		

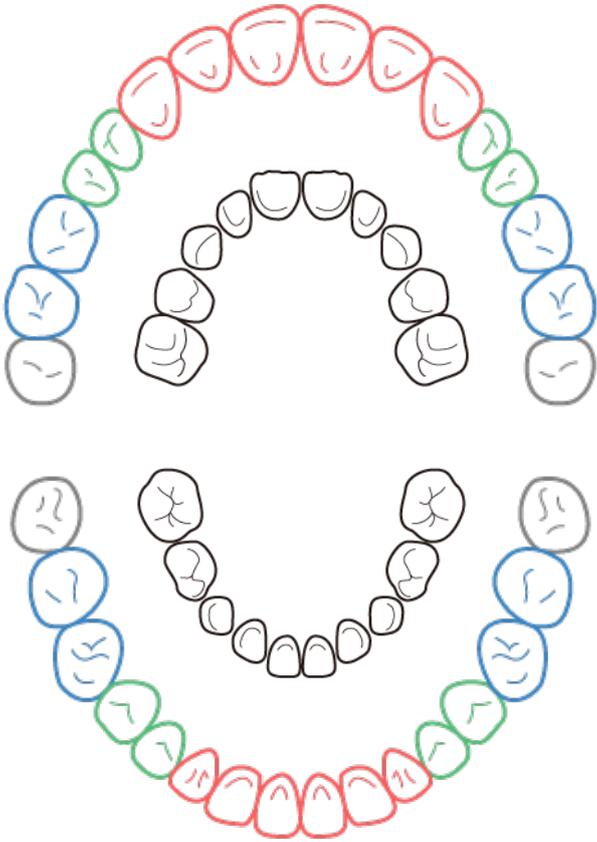
診療に際しましては、治療内容のご説明、衛生面などで細心の注意を払っておりますが、ご意見、ご希望等ございましたら、医師、スタッフにご遠慮なくお申し出下さい。また、当院は予約診療になっておりますので、診療の都合上キャンセル等のご連絡はお早めをお願い致します。



Orchid Dental Clinic

オーキッド歯科・矯正歯科

未成年者治療同意書



麻酔が必要になった場合使用することを許可します。

虫歯が大きかった場合神経を取る治療になる場合があります。

抜歯が必要な歯があれば抜歯します。

必要に応じてレントゲンを取る場合があります。

薬の処方をさせていただく場合がございます。薬のアレルギーがある方は下記に記入をお願いします

保護者様から当院に伝えておきたいことがございましたら記入をお願いします

※未成年の治療に関するトラブルを未然に防ぐ為皆様に同意書をお渡ししています。

※治療当日に保護者の同伴か、同意書の提出をお願いしております。

※保護者不在で同意書をご持参いただけない場合、当日の治療はできませんのでご了承ください。

保護者名 (18歳未満の方は、保護者の方の同意が必要です)

治療を受ける方のお名前

抜 歯 同 意 書

部位

E D C B A								A B C D E							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
E D C B A								A B C D E							

術後起こりうる合併症・後遺症

- 発熱・腫れ・痛み・出血・感染が生じることがあります。
- 一時的にアザが出来ることがあります。
- 開口障害・嚥下障害が出る場合があります
- まれに神経の麻痺や知覚障害がおこることがあります。
- 上顎の歯の場合、上顎洞に影響が出る場合があります。
- 隣の歯に影響がでることがあります。
- 骨との癒着などにより、歯の一部が残ることがあります。
- その他 ()

年 月 日

担当医：

抜歯治療同意書

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、抜歯を承諾致します。

年 月 日

患者氏名：

保護者氏名：

(18歳未満の方は、保護者の方の同意が必要です)