＜カルテNO＞

受付日　H　　年　　月　　日

問　診　表

ふりがな
氏名：　　生年月日　H・S・T・M　　年　　月　　日

〒
自宅住所：　　電話（自宅）：　（　　）

勤務先名：
住所：　　電話（会社）：　（　　）

Eメールアドレス：　　携　　帯

初めてご来院の方へ

診療室に入っていただいた後、必要に応じてレントゲン撮影、又記録のため口腔写真を撮らせて頂くことがありますので、御協力をお願い致します。
当院では、診療内容について充分な御説明をすることに努力しておりますが、不安な事、疑問点等ありましたら御遠慮なくお訪ね下さい。

◆当院にお見えになったのは
☐はじめて　☐前に来たことがある（　　ヶ月前）
（　　年位前）

◆具合の悪い場所を○で囲んで下さい
☐右上　☐前上　☐左上
☐右下　☐前下　☐左下

◆本日来院された理由
☐ムシ歯の治療をしたい　☐検査をして欲しい
☐詰め物（さし歯など）が取れた　☐歯の清掃、歯石を取りたい
☐歯がかけてしまった　☐歯並びを直したい
☐歯肉が腫れた　☐顎の関節が痛い
☐義歯（入れ歯）が壊れた　又は　新しく作りたい
☐その他（　　）

◆現在、痛みなどの苦痛がありますか
・ある⇒　☐歯　☐舌　☐歯肉
・ない　☐唇　☐頬　☐顎

◆いつから痛いですか
☐本日より　☐（　）日前から　☐（　）週間前から　☐時々

◆どのように痛いですか
☐ズキズキと痛い　☐ずーっと痛い
☐歯を合わせると痛い　☐何もしなくても痛い
☐熱いものがしみる　☐冷たいものがしみる

◆最後に歯科治療を受けたのはどの位前ですか
☐ある⇒　（　）ヶ月位前
☐ない　（　）年位前

◆その時に、治療内容や麻酔の注射をして、なにか異常がありましたか
☐あった⇒　①ひどく痛みが出た　②麻酔がきかなかった
☐ない　③ひどく腫れた　④貧血を起こして気分が悪くなった
⑤その他（　　）

◆特異体質、アレルギーがありますか
☐ある⇒　①お薬（　　）　②食べ物（　　）
☐ない　③金属（　　）　④その他（　　）

◆今までに、大きな病気をしましたか
☐ある⇒　①心臓　②肝臓　③腎臓　④糖尿
☐ない　⑤不整脈　⑥血圧（高い、低い　／　）
⑦胃腸　⑧喘息
⑨その他（　　）

◆現在、他の医療期間に通院していたり、服用しているお薬がありますか
☐ある⇒　医院名　（　　）
☐ない　薬剤名　（　　）
いつから（　　）

◆治療範囲のご希望
☐悪い所は全部治したい
☐今、痛んでいる歯だけ治したい

◆治療についてのご希望
☐保険診療の範囲内で治したい
☐保険以外の治療についても説明を聞きたい
☐自費治療でもかまわない

◆通院の曜日、時間帯についての希望がありますか
☐ある⇒　（　　）曜日
☐ない　（　　）時頃

◆定期検診を希望しますか
☐する
☐しない

◆当院を知った理由をお聞かせ下さい
☐勤務先が近いので
☐家が近所なので
☐パンフレットを見て
☐ホームページを見て
☐ご紹介（紹介者：　　）
☐その他（　　）

◆現在、妊娠していればご記入下さい。　（　　）ヶ月
（治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい。）

医療法人社団　純厚会

横浜ビジネスパーク歯科クリニック
☎045-334-1188
http://www.yokohama-dc.com

銀座デンタルケアークリニック
☎03-3563-1188
http://www.ginza-dc.com

＜関連病院＞三愛病院歯科･口腔外科
☎048-866-1488
http://www.sanai-dc.com