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くものです。
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？　　● いつから痛みますか？ 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？ ☐ 異常なし ☐ 麻酔で気分が悪くなっ ☐ 意識を失った ☐ 血がとまらなかった　☐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**	☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ ぜんそく ☐糖尿病 ☐ 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**	☐ ペニシリン ☐ その他抗生物質　☐ ピリン薬 ☐ その他鎮痛消炎剤 ☐ 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	☐ 悪いところは全部治したい　☐ 今痛んでるところだけでいい　☐ 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？	☐ 可能な限り保険の範囲でお願いしたい ☐ 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☑チェックを入れて下さい。(複数回答可) ☐看板・建物を見て　☐ご家族・ご友人・知人からの紹介(紹介者名/任意:　　様) ☐医療機関からの紹介(医療機関名/任意:　　) ☐当院ホームページ　☐ホットペッパービューティー　☐YouTube　☐Instagram　☐LINE ☐Google検索(検索キーワード:　　)　☐Googleマップ ☐Yahoo!検索(検索キーワード:　　)　☐AI検索(ChatGPTなど) ☐ その他 (　　)		

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にお願い致します。

オーキッド歯科クリニック
Orchid Dental Clinic

電話予約受付中
TEL.045-780-5556
〒236-0035 神奈川県横浜市金沢区
大道2-16-3 アムール大木1F