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

医療法人ODC　オーキッド歯科クリニック

年　　月　　日

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。
※18歳以上であっても、高校に在学中の方につきましては、保護者の署名が必要となります。

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

Orchid Dental Clinic

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・嚥下障害が出ることがあります

□　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ことがあります。

□　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）