

カルテNo.	新規 ・ 再									
フリガナ	ご職業			生年月日			性別	担当DR	担当DH	セグ
お名前	様			明大	昭平	年	月	日	男	女

郵便番号	ご住所	ご自宅TEL
-		
	予約日の前日に予約時間確認のメールをお送りしてもよろしいでしょうか？	携帯TEL
	はい ・ いいえ	

\*これから、当院より治療に関する情報発信をメールでさせて頂きたく考えております。ご協力をお願い致します。

**Q.本日はどのような症状で来院なさいましたか？**

1.歯が痛い      2.歯がしみる      3.歯ぐきが腫れている      4.歯ぐきが気になる  
 5.詰め物が取れた      6.義歯が合わない      7.顎が痛い      8.口臭が気になる      9.検診希望  
 10.その他の症状・希望 ( \_\_\_\_\_ )

**Q.最後に歯科医院に行かれたのはいつ頃ですか** ( \_\_\_\_ 日・ \_\_\_\_ 週・ \_\_\_\_ 月・ \_\_\_\_ 年) 頃前 はじめて わからない

**Q.現在または過去にかかった病気がありましたら、ご記入ください。**

1.心臓病 2.糖尿病 3.肝臓病 (病名 \_\_\_\_\_ ) 4.腎臓病 5.胃腸障害 6.リュウマチ 7.その他 ( \_\_\_\_\_ ) 8.特になし

**Q.現在、医師の治療を受けていますか** はい いいえ 「はい」の方は病院名をお願い致します。 ( \_\_\_\_\_ )

**Q.現在、お薬を飲んでおられますか** はい いいえ 「はい」の方はお薬名をお願い致します。 ( \_\_\_\_\_ )

**Q.お薬にアレルギーはありますか** ある ない 「はい」の方はお薬名を教えてください。 ( \_\_\_\_\_ )

**Q.麻酔でご気分が悪くなった経験はありますか** ある ない 麻酔をしたことがない

**Q.血は止まりにくいですか** はい いいえ わからない

**Q.現在、血圧に異常はありますか** いいえ 高血圧症 低血圧症 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) くらい

**女性の方へ → Q.現在、妊娠していますか** はい ( \_\_\_\_ ) 月 ・ いいえ ・ 出産後授乳中 ・ わからない

**お願い** 今後、ご病気などでお体の調子が変わられた場合は、再度問診表をご記入下さいますようお願いいたします。

**Q.今回の診療では、**  
 1.悪いところすべて診てほしい      2.痛いところ、気になるところだけ治療して欲しい

**Q.健康保険について**  
 1.保険外診療でもよい      2.なるべく保険範囲内だが多少は費用をかけてもよい      3.保険の範囲でなおしたい

**Q.当医院について** 当医院へご来院いただいたきっかけは

①インターネット    2.メルマガ    3.電話帳広告    4.看板・建物で知っていた    5.新聞折込チラシを見て  
 6.団体・地域などのミニコミ誌広告を見て    7.知人・友人・同僚・親戚から紹介されて※  
 8.家族・知人が来院している (していたことがある) ※    9.ポストिंगのチラシを見て    10.ダイレクトメールがきた  
 11. ( \_\_\_\_\_ ) 幼稚園・保育園の歯科検診・講演を聞いた    12.住まいが近いから    13.仕事場が近いから  
 14.その他 ( \_\_\_\_\_ )

複数のきっかけの場合は、複数O印ください。

**※ご家族・お知り合い、ご紹介先のお名前をお書きください** \_\_\_\_\_ 様

カルテNo. \_\_\_\_\_  
 担当DR \_\_\_\_\_

**Q.当医院への交通手段・時間** 1.徒歩 2.自転車 3.バス 4.電車 5.車 ( \_\_\_\_ ) 分ぐらい

**Q.保険外診療について (興味のある治療)**  
 1.インプラント(歯がなくても固い物が噛める人工歯根) 2.矯正(歯並び) 3.ホワイトニング・白いかぶせ物、詰め物

★今後、歯の健康情報案内など、医院からの御案内を送付させて頂いて宜しいですか？  
 はい/いいえにチェックして下さい。(チェックがない場合、はいとさせて頂きます。)  
 はい      いいえ

★当院が患者さまの個人情報を収集する場合は、診療および患者さまの医療に関わる範囲で行います。  
 その他の目的に個人情報を利用する場合は、予めお知らせし、ご了解を得たうえで実施いたします。

Dental Network Assosiation 歯科ネットワーク会



受付	DR

医療法人 誠仁会 りょうき歯科クリニック  
 〒577-0062 東大阪市森河内東1-29-9  
 TEL : 06-6781-4181  
 URL : http://www.ryouki4181.com/

2001-13-1008