

歯科問診票（初診申込書）

年 月 日

フリガナ	性別	生年月日		
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和	年 月 日生	
〒 -		ご連絡先電話番号		
ご住所		(自宅) (携帯)		
当院を知ったきっかけ ※右に○を付けて下さい⇒	家族がかかっている・ホームページ 王子生協病院紹介・知り合いから紹介 その他（ ）		※当院より連絡を差し上げる場合がありますので、ご了承下さい。	
ご職業（ ）	医療生協の組合員ですか （ はい いいえ ）			

※今後の診療に役立てるための資料です。下記質問にお答え下さい。□にチェックして下さい。

【1】 来院された主な理由は何ですか。				
☐ 歯が痛い	☐ 虫歯がある	☐ 歯ぐきがはれた	☐ 歯ぐきから血が出る	
☐ かみにくい	☐ 歯ぎしりする	☐ 詰め物がとれた	☐ 内炎が出来た	
☐ 入れ歯（ ☐ 合わない ☐ こわれた） ☐ その他（ ）				
【2】 その症状はいつからですか。（ ）				
【3】 顎（あご）に異常を感じたことがありますか。 ☐ ない ☐ ある				
【4】 歯の治療は初めてですか。 ☐ はい ☐ いいえ				
【5】 今回の歯科治療のご希望 ☐ 気になる所のみ治療希望 ☐ 全て希望				
【6】 治療内容についての希望 ☐ 全て保険で治して欲しい ☐ 必要に応じて自費も希望				
【7】 麻酔で気分が悪くなったことがありますか ☐ ない ☐ ある				
【8】 血が止まりにくかった事がありますか。 ☐ ない ☐ ある				
【9】 現在治療中の病気や過去にかかったことのある病気はありますか。				
☐ ない				
☐ ある（以下にチェックを入れて下さい）				
☐ 心臓病	☐ ペースメーカー	☐ 糖尿病（HbA1c 値	%）	☐ 高血圧症
☐ 高コレステロール血症 ☐ 腎臓病 ☐ 人工透析				
☐ 肝臓疾患（ ☐ B型 ☐ C型 ☐ その他（ ）） ☐ 脳梗塞 ☐ 認知症				
☐ 甲状腺の病気 ☐ 喘息 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 血液の病気 ☐ その他（ ）				
☐ がん⇒※チェックされた方は、追加問診票（別紙）もご記入下さい。				
【10】 薬や食物のアレルギーはありますか。 ☐ ない ☐ ある（ ）				
【11】 現在飲まれているお薬はありますか。（市販薬、注射薬を含めてご記入下さい）				
☐ ない ☐ ある（薬剤名： ）				
※お薬手帳をお持ちの場合は、受付にご提示下さい。				
【12】 かかりつけの医療機関はありますか。 ☐ ない ☐ ある				
医療機関名（ ）				
⇒医療の安全のため、当院から直接問い合わせをする場合がありますので、事前にご理解ご了承下さい。				
【13】 現在妊娠中ですか（女性の方のみ） ☐ いいえ ☐ はい（妊娠 ヶ月）				
【14】 歯科の治療に際してご希望などあればご記入下さい。				