



診察問診票

Interview sheet

フリガナ	年齢 Age	性別 Gender	誕生日 Date of birth
お名前 Name		男 Male 女 Female	_____年 ____月 ____日 (yyyy/mm/dd)
血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A B
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 会社員 Office worker <input type="checkbox"/> 会社役員 Exective <input type="checkbox"/> 公務員 Official worker <input type="checkbox"/> 自営業 Proprietor <input type="checkbox"/> パート・アルバイト Part time worker <input type="checkbox"/> 学生 Student <input type="checkbox"/> 主婦 Homemaker <input type="checkbox"/> 無職 None		
健康保険証はお持ちですか	Do you have a health insurance card? <input type="checkbox"/> はい Y e s <input type="checkbox"/> いいえ N o		
携帯電話 Mobile phone	電話 Phone <input type="checkbox"/> 会社 Work <input type="checkbox"/> 家 Home		
住所 Address	〒 [] [] [] [] - [] [] [] [] []		
Eメール E-mail	記入例 ex. : dental@keiwa_kai.com ※左詰でお書きください。		
<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="e"/> <input type="text" value="n"/> <input type="text" value="t"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="l"/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="@"/> <input type="text" value="k"/> <input type="text" value="e"/> <input type="text" value="i"/> <input type="text" value="w"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="k"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="i"/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="c"/> <input type="text" value="o"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="."/>			

当医院をどのようにお知りになりましたか How did you know our clinic?

<input type="checkbox"/> インターネット Internet (サイト名 Site name : _____)	<input type="checkbox"/> 雑誌 Magazine (雑誌名 Title : _____)
<input type="checkbox"/> ポスター Poster (場所 Place : _____)	<input type="checkbox"/> 紹介 Referral (ご紹介者 Referred by : _____)
<input type="checkbox"/> 看板 Signboard (場所 Place : _____)	<input type="checkbox"/> 通りがかり In passing
<input type="checkbox"/> 新聞 Newspaper (新聞名 Title : _____)	<input type="checkbox"/> その他 Others (_____)

(1) どうしましたか 検診・クリーニング Check-up・cleaning 治療希望 Cure
 What is wrong with you? 歯石除去 Scaling 痛みがある Toothache
 ホワイトニング Whitening 詰め物が取れた Filling out
 歯を美しくしたい Cosmetic dentistry インプラント Implant
 歯周病 Periodontitis 矯正 Orthodontic treatment
 口臭 Bad breath その他 Others (_____)

(2) 現在の健康状態は 良い Excellent 普通 Average 悪い Poor
 How is your health conditions now?

(3) 女性の方へ 妊娠していますか、またその可能性はありますか いいえ No はい Yes → _____ ヶ月 months
 for women : Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?

(4) 歯を抜いたことがありますか いいえ No はい Y e s
 Have you ever had a tooth removed?

(5) 麻酔をして何かトラブルがありましたか いいえ No はい Y e s _____
 Have you ever had any trouble with anesthesia?

(6) 薬や食べ物等でアレルギーを生じたことはありますか いいえ No はい Y e s _____
 Have you ever been allergic to medication or food?

(7) 現在飲んでいる薬はありますか いいえ No はい Y e s _____
 Are you presentry taking medication?

(8) 過去にどのような病気をしましたか 心臓の病気 Heart disease 腎臓の病気 Kidney problem
 What illnesses have you had in the past? _____
 肝臓の病気 Liver disease 糖尿病 Diabetes

 高血圧 High blood pressure 貧血 Anemia

 その他 Others (_____)

※ その病気は治りましたか いいえ No はい Y e s
 Has this disease been cured?

(9) その他、質問等ございましたらお書きください If you have any questions, please feel free to let me know.

ありがとうございました。 Thank you.

※メールによるご案内を希望されない場合はこちらにチェックを入れてください。
 I refuse mail delivery.
 ※患者様のプライバシー保護について配慮し、個人情報の取り扱いについては「個人情報保護法」に基づき適正な管理に努めてまいります。
 Our clinic shall manage and store private information under Personal Information Protection Law.
 医療法人社団京和会 K U 歯科クリニック