



診 察 問 診 票

Interview sheet

年 月 日

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 A B O A B

職業 Occupation 会社員 Office worker 会社役員 Executive 公務員 Official worker 自営業 Proprietor
パート・アルバイト Part time worker 学生 Student 主婦 Homemaker 無職 None

健康保険証はお持ちですか Do you have a health insurance card? はい Yes いいえ No

携帯電話 Mobile phone _____-_____-_____
 電話 Phone 会社 Work _____-_____-_____
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。 _d_e_n_t_a_l_@_k_e_i_w_a_k_a_i_.c_o_m_

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 What is wrong with you?
 検診・クリーニング Check-up・cleaning 治療希望 Cure
 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 How is your health conditions now?
 良い Excellent 普通 Average 悪い Poor

(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 for women : Are you pregnant or do you have a possibility of pregnancy?
 いいえ No はい Yes → _____ヶ月 months

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

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

(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 Have you ever been allergic to medication or food?
 いいえ No はい Yes _____

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

(8) 過去にどのような病気をしましたか What illnesses have you had in the past?
 心臓の病気 Heart disease 腎臓の病気 Kidney problem
 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 Has this disease been cured?
 いいえ No はい Yes

(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