



# 問診表

氏名 (日本語) \_\_\_\_\_ 性別 M / F / Other

Name: (ローマ字名) Mr. Ms. Mrs. Mx. Dr. (○をお願いします)

生年月日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
月 日 年

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

勤務先電話# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

携帯電話# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email アドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

希望の予約確認方法をチェックしてください。

Email  Text (テキスト)  電話

## 歯科保険について Dental Insurance

歯科保険を持っていない方はチェックをして下さい。...   
歯科保険をお持ちの方は、受付にカードを提示して下さい。

保険会社名 \_\_\_\_\_

保険のグループ# \_\_\_\_\_

契約者の勤務先名 \_\_\_\_\_

契約者名 (English) \_\_\_\_\_

契約者の生年月日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (月/日/年)

契約者の ID # \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

## 歯科治療とケアについて Dental History

今までに歯科麻酔などで何か問題がありましたか。  
Any problem with dental anesthetics, etc.? .....  Yes  No

顎の関節に痛み、違和感などがありますか。  
Pain or discomfort in jaw joint? .....  Yes  No

歯ぎしりをしますか。  
Clench or grind teeth? .....  Yes  No

歯周病の治療を受けたことがありますか。  
Have you ever had periodontal treatment? ....  Yes  No

口腔外科の治療を受けたことがありますか。  
Have you ever had any oral surgery? .....  Yes  No

矯正治療を受けたことがありますか。  
Have you ever had any orthodontic treatment? .....  Yes  No

入れ歯を使っていますか。  
Do you wear dentures or partials? .....  Yes  No

週に何回フロスをしますか。  
How many times a **week** do you floss?..... \_\_\_\_\_

一日に何回歯磨きをしますか。  
How many times a **day** do you brush? ..... \_\_\_\_\_

どのような毛先の歯ブラシをお使いですか。

硬い Hard  普通 Medium  やわらかい Soft

歯みがき、フロスの際に出血がありますか。  
Do you bleed while brushing or flossing? .....  Yes  No

本日の来院理由と他に相談したいことがあれば簡単に書いて下さい。 Reason for today's visit & any other concerns

痛みがありますか。 Currently in pain?  Yes  No

今までどのぐらいの頻度で定期検診や歯のクリーニングを受けていますか。 Frequency of check-up & prophylaxis in the past

最後に歯の治療・クリーニングを受けた時期と、内容及び歯科医院の名前を書いて下さい。 Time and type of the last dental treatment

当医院への紹介者、あるいは既にこちらにかかっているご家族がいらっしゃる場合お名前をお知らせください。  
Who can we thank for referring you?



## 病歴 Medical History

最近の健康状態

Your current physical health is:  Good  Fair  Poor

現在医師にかかっていますか。

Are you currently under the care of a physician?  Yes  No

Yes とお答えの場合、病状について説明して下さい。No でも、医師が知っておくべき健康上の問題があれば記入して下さい。

Please explain \_\_\_\_\_

歯科治療の前に抗生剤を飲む必要がありますか。

Do you need to take antibiotics before dental appointments?

.....  Yes  No

Yes とお答えの場合、その理由を説明して下さい。

薬を服用中ですか。Yes なら服用薬をすべて記入して下さい。

Are you taking prescription drugs? .....  Yes  No

\*血液抗凝固剤(Coumadin, Warfarin など)、骨粗しょう症の薬(Fosamax, Actonel, Boniva など)は、必ず記載して下さい。

喫煙の習慣がありますか。

Do you smoke or use tobacco in any form? .....  Yes  No

## アレルギー Allergies

アレルギーがある項目をチェック (✓) して下さい。何もなければ、リストの下の「アレルギーなし」にチェックして下さい。

Please check if you are allergic any of the following:

- ペニシリン Penicillin
- アスピリン Aspirin
- エイソロマイシン Erythromycin
- テトラサイクリン Tetracycline
- コデイン Codeine
- ラテックス Latex
- イブプロフェン (イブロキソニン等) Ibuprofen
- 歯科用麻酔 Dental anesthetics
- 金属アレルギー (貴金属類など) Metal (Jewels)

以上のアレルギーなし None of the above

他にアレルギーのある薬品があれば、ご記入下さい。

Please list any other drugs that you are allergic to:

\_\_\_\_\_

## 既往症 Medical Problems

~~~~当てはまるものにチェック(✓)して下さい~~~~

- 不正出血 Abnormal Bleeding
- アルコール/麻薬中毒 Alcohol/Drug Abuse
- 貧血 Anemia
- 関節炎 Arthritis
- 人工骨/関節/弁 Artificial Bones/Joints/Valves
- ぜんそく Asthma
- 輸血 Blood Transfusion
- 癌/抗癌剤療法 Cancer/Chemotherapy
- 大腸炎 Colitis
- 先天性心臓疾患 Congenital Heart Defect
- 糖尿病 Diabetes
- 呼吸困難 Difficulty Breathing
- 肺気腫 Emphysema
- てんかん Epilepsy
- 失神 Fainting Spells
- 頭痛 Frequent Headaches
- 緑内障 Glaucoma
- 花粉症 Seasonal Allergies
- 心臓麻痺 Heart Attack
- 心雑音 Heart Murmur
- 心臓手術 Heart Surgery
- 血友病 Hemophilia
- 肝炎 Hepatitis
- ヘルペス/熱による発疹 Herpes/Fever Blisters
- 高血圧 High Blood Pressure
- HIV ポジティブ/エイズ HIV+/AIDS
- 腎臓病 Kidney Problems
- 肝臓病 Liver Disease
- 低血圧 Low Blood Pressure
- 僧帽弁逸脱症 Mitral Valve Prolapse
- ペースメーカーの使用 Pacemaker
- 精神疾患 Psychiatric Problems
- 放射線療法 Radiation Treatment
- てんかん Seizures
- 帯状発疹 Shingles
- 鎌状赤血球貧血 Sickle Cell Disease
- 蓄膿/副鼻腔炎症 Sinus Problems
- 脳卒中 Stroke
- 甲状腺異常 Thyroid Problems
- 臓器移植 Transplants
- 結核 Tuberculosis
- 潰瘍 Ulcers
- 性病 Venereal Disease

以上に該当するものなし None of the above

## 妊娠/授乳について Pregnancy & Nursing

~~~~女性の方のみお答え下さい~~~~

避妊薬を服用中ですか。

Are you taking birth control pills? .....  Yes  No

妊娠中ですか。Are you pregnant? .....  Yes  No

Yes とお答えの方は、今妊娠何週目ですか。Week # \_\_\_\_\_

授乳中ですか。

Are you nursing? .....  Yes  No



このページに書いてある全文を読まれた後、署名をお願い致します。

#### 緊急連絡先/Emergency Contacts

緊急時の連絡先をご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

間柄 \_\_\_\_\_

この書類に記入した内容はできるだけ正確に書きました。ここに書いた情報を正当な理由なしに第三者に漏らされることはないと理解しています。健康上の変化があった場合は、自ら医院のスタッフに申し出る責任があることも理解しています。

私が加入している保険会社からウェナーストン歯科医院が直接支払いを受けることを了承します。

治療費については、保険でカバーされない部分をすべて自分で支払う責任があることを理解しています。

こちらに署名と日付をお願いします。

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
月 / 日 / 年

#### お支払いについて：

歯科保険をお持ちの場合は当院が保険申請をいたします。自己負担額が分かる場合は当日お支払い頂きます。請求書を送る場合は請求日から30日以内にお支払い下さい。歯科保険をお持ちでない場合は、当日お支払い頂くことになります。

#### 予約について：

当医院は**完全予約制**を導入しています。予約の変更が必要な場合は、できるだけ早く（**遅くとも24時間前までに**）お知らせ下さい。

ご予約の時間にいらっしゃらなかった場合、または直前のキャンセルに対してキャンセル料（75ドル）が発生いたしますことを予めご了承下さい。