

問診票

年 月 日

ふりがな お名前		性別	男 ・ 女	生年 月日	西暦	年	月	日 (歳)
ご住所	〒			電話	自宅 () 携帯 ()			
E-mail				職業				
勤務先								

●当院をお知りになった理由をお聞かせください。(いくつでも可)

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. 紹介 (お名前:) | 5. 家・職場が近いから |
| 2. 家族が通院中 (お名前:) | 6. 予防に力を入れているときいて |
| 3. ホームページをみて | 7. クリニックの雰囲気が良いときいて |
| 4. 医院前を通過 | 8. その他 () |

●来院の理由をお聞かせください。(いくつでも可)

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. 歯が痛い (日前から) | 11. 歯並び・噛み合わせが気になる |
| 2. 歯ぐきが痛い (日前から) | 12. 歯を入りたい (インプラント) |
| 3. 歯ぐきがはれた (日前から) | 13. 頬が痛い |
| 4. 歯ぐきから血が出る | 14. その他 () |
| 5. むし歯がある (日前から) | |
| 6. 口臭が気になる | ○お悩みの部位 |
| 7. つめものが取れた (日前から) | 右上 上前 左上 |
| 8. 入れ歯があわない・作りたい (日前から) | ----- |
| 9. 歯石をとってほしい | 右下 下前 左下 |
| 10. 歯を白くしてほしい | |

●どのような治療をお望みですか。(いくつでも可)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. いま痛んでいるところだけ治したい | 6. 一度に多くの治療をしてほしい |
| 2. この機会に悪いところはすべて治したい | 7. 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい |
| 3. 保険の範囲で治したい | 8. 相談して決めたい |
| 4. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない | 9. その他 () |
| 5. 費用にかかわらず、自分に合った最善の治療を提案してほしい | |

※麻酔の注射をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

※歯を抜いたことがありますか？ はい ・ いいえ

※歯を抜いた時異常がありましたか？

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 血が止まらなかった | 3. 麻酔がきかなかった |
| 2. 気分が悪くなった | 4. その他 () |

●今までに受けた治療で以下に書いてある様な経験をされた方は☑をつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> とても痛い思いやこわい思いをした | <input type="checkbox"/> 待ち時間が長かった |
| <input type="checkbox"/> 治療中気分が悪くなったり、ショックや貧血を起こした | <input type="checkbox"/> 治療した歯がすぐだめになった |
| <input type="checkbox"/> 先生やスタッフが不親切で嫌な感じがした | <input type="checkbox"/> 治療費が高すぎると思った |
| <input type="checkbox"/> 1本の歯を治すのに何回も通わなければならなかった | <input type="checkbox"/> よく相談にのってくれなかった |
| <input type="checkbox"/> 時間の都合が医院と折り合わず、通うのに苦労した | <input type="checkbox"/> つめものがすぐに取りれた |

上記以外歯科治療に関してお伝えになりたいことがありましたらご記入ください。

●今までに次の病気にかかったことがありますか？ (いくつでも可)

- | | |
|--|--|
| 1. 心臓病 | 5. 腎臓病 |
| 2. 高血圧・血圧 (/) | 6. ぜんそく |
| 3. 糖尿病 (HbA1c %) (血糖値 mg/dL) | 7. 骨粗しょう症 |
| 4. 肝臓病 (B型肝炎 ・ C型肝炎) | 8. その他 () |

●現在内服している薬はありますか？ はい ・ いいえ

薬 ()

●かかりつけの病院はありますか？ はい ・ いいえ

_____病院 _____科 _____先生

●食べ物や薬、金属でアレルギーがありますか？ はい ・ いいえ

()

※女性の方のみ

●妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ

(約 ヶ月 第 子)

●現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●お煙草はお吸いですか？ はい (1日 本くらい) ・ いいえ

以前吸っていた (年前)

●お酒は飲みますか？ はい (1日) ・ たまに ・ いいえ

●1日にいつ歯を磨きますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ その他 ()

●1回の歯磨きの時間 (約 分)

●歯ブラシ以外の清掃用具はお使いですか？

フロス ・ 歯間ブラシ (サイズ:) ・ 洗口剤 ・ その他 ()

●通院されるのにご希望の曜日・時間帯をお知らせください。

下記の表に○をお付けください。(いくつでも可)

	月	火	水	金		土
午前 (9:00~12:00)					午前 (9:00~12:30)	
午後 (13:30~18:30)					午後 (13:30~17:00)	