

問診票

令和 年 月 日 受付

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	才
住所	〒 -		自宅電話 - - 携帯電話 - -	
勤務先		住所：〒 -	電話 - -	

当院にこられたのは？ 初めて 以前に来たことがある (約 年前)

当院を選んでいただいた理由をお聞かせ下さい。(いくつチェックしても可)

- 家族が通院中または以前通院していた (お名前)
 友人・知人の紹介や勧めで (お名前)
 病院の先生に紹介して頂いた (病院名) (先生名)
 インターネットをみた 予防に力を入れていると聞いて 最新の治療をしていると聞いて
 家から近いから 職場から近いから 看板をみた
 その他 ()

今の症状と、希望する治療内容を教えてください (いくつチェックしても可)

- 歯の健康診断をしたい 歯が痛い・しみる 歯ぐきが腫れた
 つめもの・かぶせ物が取れた ※取れた物について (色) (本日お持ちですか？ 有・無)
 入れ歯をつくってほしい 入れ歯がこわれた・調子が悪い
 できものが口の中にできた 黒くなっているところがある
 歯の外観が気になる あごの調子が悪い 口が乾く 歯並びが気になる
 口臭が気になる 虫歯の治療をしたい 歯茎の治療をしたい 親知らずをみてほしい
 歯を抜いてほしい インプラントの相談がしたい 歯石をとってほしい
 着色や汚れをとってほしい ホワイトニングをしてほしい 歯茎の検査をしてほしい
 歯のクリーニング (PMTC) をしてほしい 虫歯になりにくい予防法を知りたい
 歯科ドックをしてほしい (虫歯の検査・歯周病の検査・口臭の検査)
 その他 ()

内科的な疾患はありますか？

- ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病 肝炎 (型)
 血液疾患 甲状腺機能亢進症 蓄膿症 貧血
 高血圧 (最高： 最低：) 低血圧
 てんかん ぜんそく その他 ()

よければ具体的に病名・かかりつけ医院を教えてください

() (医院・病院)

次の病気にかかれたことはありますか？詳しい病名をお知らせください

- 心臓 () 肝臓 () 腎臓 () その他 ()

現在、薬は飲んでいますか？ いいえ はい ⇒ (薬品名：)

※ 次回、お薬の説明書をお持ち下さい

薬の副作用、アレルギー等 特別な体質はありますか？

- ない ある ⇒ (どんなものに)

今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

- ない ある (熱が出た・麻酔がききにくかった・血が止まりにくかった・貧血をおこした)

たばこをお吸いになりますか？ 吸ってない 吸う (1日 本)

女性の方におたずねします。現在妊娠されていますか？

- いいえ はい ⇒ 予定日 年 月 日 分からない

授乳中ですか？ いいえ はい

※裏面もごさいます。ご記入よろしくお願ひ致します。

あなたは次のどのことが気になりますか？ チェックして下さい。

- 清潔さ 歯の汚れ ヤニ 歯石 口臭
 歯茎が赤い 腫れている 時々出血する
- 美しさ 歯の色 歯の形 歯の隙間 かぶせた物の色
 かぶせた物の形 歯茎の色 歯茎の形
- 歯の並び 全体の並びが悪い 上の歯が出ている 下の歯が出ている
 かみ合わない 笑った時の歯と歯茎の見え方

歯科の治療には様々な選択肢があり、下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。

全てを満たすことが理想ですが、材料や技術的な制限があります。

出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をおつけ下さい。

- A 美しさ**
きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯。
- B 噛む力**
自然な歯と同じように噛める。
- C 安全性**
金属アレルギーや歯茎の変色。糖尿病や心臓疾患、脳卒中など。
- D 丈夫さ**
作成した歯が長く保つ。壊れない。外れない。
- E 再び悪化しにくさ**
虫歯や歯周病の再発を出来るだけ防ぐ。
- F 快適さ**
の中で違和感を出来るだけ感じない。

順位	A～F
1位 ⇒	
2位 ⇒	
3位 ⇒	
4位 ⇒	
5位 ⇒	
6位 ⇒	

治療の方法についてご希望を伺います。以下の項目にチェックしてください。

- 保険内で治療したい。
- 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても詳しい説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
- 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。

ご希望がございましたらご記入ください（いくつチェックしても可）

- この機会に悪いところは全部治したい
- 痛いところだけ・希望するところだけ治したい
- 転勤や引っ越しなどで_____月までに治療を終わらせたい
- その他（ _____ ）

通院されるのに、ご希望の曜日・時間帯を、第①・②・③希望まで下記の表にお知らせ下さい。

その他に、通院が可能な曜日・時間帯があれば、○を付けてお知らせ下さい。

	月	火	水	木	金		土
9:30～12:00						9:30～12:00	
15:00～16:00						14:00～17:30	
16:00～17:00							
17:00～18:00							

お子様と一緒に来られますか？

- はい ⇒ 名前（ _____ ）年齢（ _____ 歳）性別（男・女）
- いいえ