

問診表

No.

年 月 日 受付

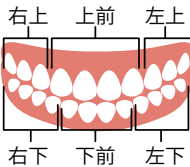
ふりがな		性別	生 年 月 日	年齢
お名前		男・女	西暦 年 月 日生	才
住所	〒 —	電話	(自宅) — —	
			(携帯) — —	
E-mail		職業		
勤務先		住所: 〒 —	電話: — —	

なぜ当医院を選ばれましたか？(いくつでも可)

- 紹介 (お名前)
- 家族が通院中 (お名前)
- ホームページをみて
- 看板をみて
- 家・職場が近いから
- 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
- 診療所の雰囲気が良いと聞いて
- その他()

来院の理由をお聞かせ下さい(いくつでも可)

どのような治療をお望みですか(いくつでも可)

<ol style="list-style-type: none"> 歯が痛い(日前から) 歯ぐきが痛い(日前から) 歯ぐきがはれた(日前から) 歯ぐきから血がでる 虫歯がある 口臭が気になる つめものがとれた 入れ歯があわない・入れ歯を作りたい 歯石をとってほしい 歯を白くしてほしい 歯並び・かみ合わせが気になる 歯を入れたい(インプラント・ブリッジ) 検診 その他() 	<p>お悩みの部位</p> <table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table> 	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<ol style="list-style-type: none"> いま痛んでいるところだけ治したい この機会に悪いところはすべて治したい 保険の範囲で治したい 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 保険の範囲外で最も良い材料と方法で治したい 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい 一回の治療時間を短くしてほしい 相談して決めたい よくわからない その他()
	右上	上前	左上					
右下	下前	左下						

※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？

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

※現在内服している薬はありますか？ はい・いいえ

薬 ()

※食べ物や薬や金属でアレルギーがありますか？ はい・いいえ

()

※かかりつけの病院はありますか？ はい・いいえ

病院 科 先生

※妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ

※現在治療中の病気、又は持病のような

(約 ヵ月)

ものがありますか？ はい・いいえ

※現在授乳中ですか？

はい・いいえ

病名 ()

※現在の健康状態は良好ですか？

はい・いいえ

恐れ入りますが引き続き裏面もご記入下さい

問診表(裏面)

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 2.高血圧・血圧(/) 3.糖尿病(HbA1c)
4.肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 5.腎臓病 6.ぜんそく 7.その他 ()

■現在、お煙草はお吸いですか？

はい (1日 本くらい) いいえ

■一日にいつ歯を磨きますか？

朝・昼・夜・寝る前・その他 ()

■一回の歯磨きの時間 (約 分)

通院されるのにご希望の曜日・時間帯をお知らせ下さい

下記の表に○をお付け下さい(いくつでも可)

	月	火	水	木	金		土
午前(9:30~13:00)						午前(9:00~13:00)	
午後(14:30~19:00)						午後(14:00~18:00)	

*木曜の治療は小児のみになります。 その他 ()

歯科の治療には色々な選択肢があります。下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。出来る限り要望におこた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 安全性

金属アレルギーや歯ぐきの変化。院内感染対策

C 丈夫さ

修復した歯が長くもつ。壊れない。外れない

D 予防

虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ

E 時間

とにかく早く終わりたい

F 費用

順位 A~F

1位 ⇒

2位 ⇒

3位 ⇒

4位 ⇒

5位 ⇒

6位 ⇒

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

※治療についての質問

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☑をつけて下さい

- | | |
|---|---|
| <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"/> つめたものがすぐにとれた |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

ご記入ありがとうございました。