

《問診票》

フリガナ _____

記入日 平成 年 月 日

氏名 _____

男・女 _____

生年月日 T S H 年 月 日

住所 〒 _____

☎ 自宅 _____

携帯 _____

会社 _____

E-mail PC (院長より毎月1回メールマガジンを送信致します。)

@ _____

勤務先 _____

携帯 (治療前日に予約日時の確認メールを送信致します。)

@ _____

職業 _____

以下、該当する項目全てにし印をお入れ下さい。

●当院からの連絡にご都合の良い連絡手段を教えてください

◆電話 自宅 携帯 会社 ◆メール PCメール 携帯メール

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ご紹介 (_____ 様から) YouTube web検索 雑誌・本
家が近く 職場が近く 旧診療室 (日本橋等) に来院したことがある

1.今、痛みがありますか？

はい→ずきずき痛い かむと痛い 押すと痛い 歯がしみる その他 (_____)
それはいつからですか？ (_____)
いいえ

2.どうなさいましたか？

虫歯がある さし歯が取れた 詰め物がとれた 歯が欠けた 入れ歯の調子が悪い
歯肉が腫れた 歯肉から出血する 歯石が付いた 口臭がする 歯並びが気になる
口の中 (舌・歯肉等) に何かかできた 顎の関節が痛い・鳴る 歯の磨き方を知りたい
予防やメンテナンスを受けたい 歯を白くしたい (□ホワイトニング)
クリーニング【着色汚れ(□煙草 □緑茶 □その他のお茶 □コーヒー □赤ワイン)】をしたい
インプラントを入れたい 検診 その他 (_____)

3.異常があるところはどこですか？ 左上 前上 右上
左下 前下 右下

4.歯科治療で麻酔注射を打った事がありますか？

ある ない

5.歯科治療中に気分が悪くなった事がありますか？

ある ない

6.以前歯科治療を受けたのはいつですか？

____年 ____ヶ月前→その時治療は完了しましたか？
はい 途中でやめた

7.歯ぎしり・かみしめをしていますか？

する しない わからない
していると言われた事がある

8.治療についてのご希望はございますか？

とりあえず痛みが止まれば良い 悪いところは全て治したい 相談して決めたい
一回の治療でなるべくたくさん治療して欲しい。 一回の治療時間は短くして欲しい。
____月 ____日までに終わりにして欲しい。 痛みがあるときはできるだけ麻酔して欲しい。
あまり麻酔をしたくない

9.治療費についてのご希望はございますか。

全て保険で なるべく保険で 最も良い方法で (自費) 相談して決めたい

裏面に続く →

10.歯磨きについてお聞きします。

- (1) いつ磨きますか？ 朝 昼 夜 磨かない日もある 歯は磨かない
(2) 1回の歯磨き時間はどれくらいですか？ _____ 分
(3) 歯磨きを教わった事がありますか？ 歯科医院で 学校で 会社で ない

11.歯科治療に際して不快な経験はありますか？

(_____)

◎以下は、全身に関する問診です。

現在、他の病気で服用している薬剤や、アレルギー、身体の状態を前もって告知していただく事は、安全で効果的な治療をおこなう上で大切な情報です。問診票はカルテ同様、個人情報保護法に基づいて取り扱っておりますのでできるだけ正確にご記入下さい。

1.現在の全身の状態・今までにかかった病気・健康診断で要注意とされた疾患はありますか？

- 心臓病【狭心症・心筋梗塞・その他(_____)】 脳血管障害 腎臓病 糖尿病
肝臓病 肝炎(A型 B型 C型 その他) 喘息 貧血 てんかん リュウマチ
高血圧 1.投薬前(上 _____ /下 _____) 2.投薬後(上 _____ /下 _____) 低血圧(上 _____ /下 _____)
更年期障害 うつ病 その他(_____) ない

2.現在病院などにかかっていますか？

- はい→病名(_____)
病院名・科・担当医師(_____)
薬品名(_____)

いいえ

3.アレルギーはありますか？

- はい→薬 アスピリン・アセトアミノフェン等の鎮痛剤(_____)
ペニシリン・テトラサイクリン等の抗生剤(_____)
その他(_____)
歯科麻酔 ラテックス(ゴム手袋) 金属 花粉 食べ物 その他(_____)

いいえ

4.普段飲んでいる薬(市販薬等)又はサプリメント等がありますか？

- はい(_____) いいえ

5.体に合わない薬はありますか。(他の病院で注意が必要と言われたなど)

- はい→薬品名(_____) いいえ

6.女性の方へ、

(1) 現在妊娠中ですか？

- はい(_____ 週) いいえ 可能性がある

(2) 授乳中ですか？

- はい いいえ

7.日常生活(健康状態)に付いてお聞かせ下さい。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不健康だと思う | <input type="checkbox"/> まあまあ健康だと思う | <input type="checkbox"/> なかなか健康だと思う |
| <input type="checkbox"/> 不規則なほうだ | <input type="checkbox"/> 睡眠不足だ | <input type="checkbox"/> かなりストレスがある |
| <input type="checkbox"/> 規則正しいほうだ | <input type="checkbox"/> 朝食はほとんど食べない | <input type="checkbox"/> 忙しくて昼食もままならない |
| <input type="checkbox"/> よく噛んで食べるようにしている | <input type="checkbox"/> 早食いだ | <input type="checkbox"/> 甘い物が好き |
| <input type="checkbox"/> 野菜をあまり食べない | <input type="checkbox"/> 煙草を吸う(_____ 本) | <input type="checkbox"/> 夜はお酒が入る事が多い |

※当医院は予約制をとっております。来院されるのにご都合の良い曜日と時間帯があれば教えて下さい。

◆曜日 月 火 水 木 金 土

◆時間帯 _____ : _____ ~ _____ :

※ご要望がございましたらお気軽にご記入下さい。

(_____)

……………ありがとうございました……………