

問診票

～病状などについてのご質問～

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	昭和・平成・令和
お名前						年 月 日 (才)
ご住所	〒			電話番号 (-	-)
eメール			携帯電話 (-	-)
勤務先	社名	所在地			電話番号 (- -)

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 知人ご紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
どこが痛みますか	右上奥	前上	左上奥			
	右下奥	前下	左下奥	頬	舌	唇 顔 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> (_____) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々					
お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に _____)					
最近歯科に受診されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> (_____) 年前 <input type="checkbox"/> (_____) ヶ月前					
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 特になし					
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____)					
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____)					
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月)					
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)					
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか？ 朝・昼・夜 _____)					
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない					
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た					
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯		月	火	水	木	金 土
	午 前					
	午 後					
	17:00以降					

治療に関するご希望確認アンケート

氏名:

カルテ番号:

(ア) 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ① 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）
- ② 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること（再発リスク）
- ③ 自然に美しく見えること（審美性）
- ④ 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること（機能性）
- ⑤ 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）



①～⑤の番号でお答えください

最も重要なのは？ → ()

2番目に重要なのは？ → ()

3番目に重要なのは？ → ()

4番目に重要なのは？ → ()

5番目に重要なのは？ → ()

(イ) 下記A～Cより該当するものをひとつお選びください。

- A. 前問（ア）の①～⑤の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
- B. 費用は少ないほうがいいが、前問（ア）の①～⑤の項目も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
- C. 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい