

問 診 票

平成 年 月 日

- 初診時はお口の検査をさせていただきます。ドクターはこれにより治療のプランを考え、ご相談の上、治療をいたします。
- 患者様のプライバシーは厳守致しますので正確に御記入下さい。

御名前 ふりがな _____ 男・女 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日

御住所 _____ 電 _____ - _____

勤務先 _____ 勤務先電 _____ - _____ 携帯電 _____ - _____

当院を何で知りましたか？ ご紹介 (_____) ・HP を見て ・その他 (_____)

希望治療日 月・火・水・木・金・土 のみ・以外 _____ 午前・午後・夜間

当方より連絡可能な時間帯 午前・午後 _____ : _____ 連絡方法 自宅・勤務先・携帯

1. 今日はどうされましたか？

歯	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> かけた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 抜歯をしたい	歯ぐき	<input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 痛い
あご	<input type="checkbox"/> 口が開かない <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> 痛い	義歯 (入れ歯)	<input type="checkbox"/> 新しく作りたい <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 義歯があたって痛い <input type="checkbox"/> 義歯があわない
その他	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯磨きの仕方を習いたい <input type="checkbox"/> インプラントをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯周病(歯槽膿漏)の検査を受けたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい		
上記以外	具体的にご記入下さい。 (_____)		

2. 場所はどこですか

- 右上 前上 左上 右下 前下 左下

3. 今までの歯の治療であてはまるものを選んでください。

- 麻酔が効きにくかったことがある
- 麻酔をして、気分が悪くなったりしたことがある
- 歯の治療をしたり、歯を抜いたりしたとき、気分が悪くなったことがある
- 歯を抜いたとき、血が止まりにくかったことがある
- その他 (_____)

4. 当院では歯周病(歯槽膿漏)の検査を実施しています。その結果歯周病と診断された場合、治療を希望されますか？

- 希望する 相談して決めたい 希望しない

どれくらいの期間、通院できますか？

- 1ヶ月 3ヶ月 半年 良好になるまで

5. 治療についてのご希望をお聞かせください。

- 希望するところのみ、治療してほしい
 むし歯だけ治療してほしい
 むし歯といっしょに歯周病(歯槽膿漏)も治療してほしい
 その他 ()

6. 治療の費用についてのご希望をお聞かせください。

- 保険診療の範囲内で治療してほしい
 なるべく保険で、保険のきかないところや他に良い材料があれば保険外でもよい
 最も良い材料と方法をその都度、説明してほしい

7. フッ素を使用したことがありますか？

- いいえ はい → 歯科医院でフッ素の塗布を定期的に行っている
 家でフッ素のジェルなどを使用している
 フッ素配合の歯磨き粉を使用している

8. 今の健康状態はいかがですか？

- 健康 少し調子が悪い かなり調子が悪い 妊娠中 授乳中

9. 今までに他の病気で医者にかかった事がありますか。

- ない
 ある → 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患
 高血圧症 リウマチ ぜんそく その他()

10. 治療終了の際、定期健診を希望されますか？

- 希望する 希望しない

11. 治療期間のご希望がありましたら、お書きください。

- ____月までに終了してほしい
 ____頃に仕事・学校・旅行・入院の予定があって、通院出来ないときがある
 その他 ()

12. この機会に何か聞きたいこと、知りたいことがありますか？

()

13. 現在、他の医療機関に通院されていますか？

- ない
 ある (病名： 病院名： 主治医名)

14. 現在、常用しているお薬はありますか？

- ない ある (お薬名：)

15. 薬の副作用やアレルギー・特異体質はありますか？

- ない ある → 薬の副作用 (薬名；
 アレルギー・特異体質 → 卵 魚 その他の食物
 花粉症 その他