

問診表

カルテ no. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女

生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 ご自宅 (_____) _____

携帯電話 _____ - _____ ご職業 _____

1. どうなさいましたか (○を付けてください。複数回答可)
 - ・ 虫歯の治療希望 ・ 詰め物, 被せものが取れた ・ 歯がしみる、痛い
 - ・ 歯ぐきが痛い ・ 歯ぐきから血が出る ・ 歯ぐきが腫れた
 - ・ 顎が痛い ・ 口が開かない ・ 歯ぎしりをする
 - ・ クリーニング希望 ・ ホワイトニング希望 ・ 歯ならびが気になる
 - ・ 入れ歯が痛い ・ 入れ歯を作りたい
2. 最近歯科治療を受けましたか (ない・ある) _____ 年前 _____ ヶ月前)
3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)
4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)
5. 薬、食べ物その他にアレルギーはありますか (ない・ある→ _____)
6. 骨粗しょう症の薬はお飲みですか (ない・ある→ _____)
7. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある→ _____)
8. 普段、何かお薬をお飲みですか (ない・ある→ _____)
9. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない)
10. 今まで次の病気にかかったことはありますか
 - ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃腸疾患 ・ 血液の病気 ・ 高血圧
 - ・ 低血圧 ・ 糖尿病 ・ てんかん症 ・ リウマチ ・ ぜんそく ・ 小児ぜんそく
 - ・ その他 (_____)
11. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)
12. 治療についてのご希望は (全体的に診てほしい・気になる所だけで良い)
13. 当院へおみえになったのは
 - ・ 地下鉄看板を見て 通りの看板を見て ・ 通りがかりに ・ ホームページを見て
 - ・ 紹介されて (ご紹介者: _____)
 - ・ 雑誌の広告を見て (雑誌名: _____)

治療に関するご希望確認アンケート

氏名： _____

(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装着する詰め物・被せ物・入れ歯などが出来るだけ長くもつこと
- ②治療した箇所の虫歯・歯周病の再発リスクを出来るだけ低くすること
- ③自然に美しく見えること
- ④天然の歯のように、出来るだけ違和感無く噛めること
- ⑤金属アレルギーなどになりやすく、身体にとって安全であること

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？→ ()

(イ) 下記 A～C の中で当てはまるものを1つ選び、○をつけてください。

- A.前問 (ア) の①～⑤の項目より、とにかく治療費用が少ないことが重要である
- B.費用は少ない方が良いが、前問 (ア) の①～⑤の項目も考慮に入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.費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい

※治療計画、被せ物のご説明時に参考にさせていただきます。

* ご記入頂き有り難うございました。当院スタッフへこちらの用紙をお渡しください。