

# 歯科問診票

(ふりがな)		男 女	S・H・R 年 月 日生 ( 才)			
お名前						
ご住所	〒					
連絡先	TEL (自宅)		(携帯)			
希望連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール ご予約の3日前13時に自動音声にて予約事前連絡をいたします。 ご希望の連絡方法をお選びください。事前連絡が不要な方は受付にお申し付けください。					
ご通院可能曜日・時間	① <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		時～		時	
	② <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		時～		時	

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。  
下記質問へのご回答をお願いいたします。

本日の来院目的	歯	<input type="checkbox"/> 痛い(常に・噛む時) <input type="checkbox"/> 折れた <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 黒い所がある <input type="checkbox"/> 抜歯希望 <input type="checkbox"/> 抜けたまま
	人工歯	<input type="checkbox"/> 被せ物・詰め物 ⇒ (破損・外れた・新規作成・白いものに変えたい) <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 入れ歯(調整・作成)
	歯ぐき	<input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 血が出る
	口腔内	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 口臭
	ケア	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> ホワイトニング
	その他	<input type="checkbox"/> その他( )

## [1] 今回より前に歯科診療を受けたことが

- ない  ある
  当医院で ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) か月前 ( ) 年前  
 他の医院で  
 ⇒ 現在は、 完治した  通院中  途中で止めた

## ◆ 歯以外の病気について

### [2] 通院中・治療中の病気はありますか？

※現在治療中の病気は病名にチェックを、過去に治療した病気は病名にバツ印をお願いします。

- ない  
 高血圧  心臓病  狭心症  心筋梗塞  不整脈  心不全  心筋症  
 先天性心疾患  糖尿病  脳卒中  ぜんそく  肝臓病・肝炎  腎臓病  
 てんかん  アレルギー  甲状腺の病気  がん  認知症  HIV  
 その他 ( )

## ◆ お薬・治療状況について

### [3] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない  ある ( お薬手帳  お薬) を持ってきている

①服用中のお薬がある方は、お薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

( )

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？  はい  いいえ

ウラ面にもご記入をお願い申し上げます。



◆おからだの状態について

[4]生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- ①胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ ①  はい  いいえ
- ②意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ ②  はい  いいえ
- ③歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ③  はい  いいえ
- ④けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ④  はい  いいえ
- ⑤近日中に全身麻酔をかけて手術の予定がある ⑤  はい  いいえ
- ⑥薬のアレルギーはありますか？ ⑥  はい  可能性・疑いあり  いいえ
- ⑦妊娠・授乳中ですか？ ⑦  はい  可能性・疑いあり  いいえ
- (治療期間中に妊娠された方はお知らせください)

◆生活習慣について

[5]生活習慣について教えてください。

- ①歯磨きは1日 ( ) 回  
【使うもの】  なし  歯ブラシ  フロス  歯間ブラシ  その他 ( )  
【時間帯】  朝食後  昼食後  夕食後  就寝前
- ②習慣的飲料物  炭酸飲料  ジュース  その他 ( )
- ③睡眠時間は、  不足  やや不足  十分
- ④間食は、  しない  規則正しく摂る  不規則に摂る
- ⑤喫煙は、  しない  する  過去にしていた
- ⑥歯みがき方法を習ったことが、  ある  ない

◆治療のご希望について

[6]ご希望の治療を教えてください。

- 悪いところは全部治療したい  自費治療を含む説明を受けた上で、自分で選択したい
- 歯の磨き方などについても教えてほしい  痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- できるだけ保険を使った治療を希望  検査・クリーニングもしてほしい

◆ご来院の動機を教えてください

- 他の医院からの紹介 (紹介元: ) /  紹介状を持っている
- 医院以外の方にすすめられた  家族・友人・知人のすすめ (ご紹介者: )
- ホームページをみて
- 自宅・職場に近いから  雰囲気が良いと聞いて
- その他 ( )

◆この中で興味のあるものはありますか？

- ホワイトニング  銀歯を白い歯へ  矯正  歯周再生治療
- インプラント  マウスピース (歯ぎしり・顎関節症・スポーツ)
- シリコンデンチャー (総義歯)  ノンクラスプデンチャー (バネのない入れ歯)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

※ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱います。

以上で問診は終了です。ありがとうございました。