

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。