

# ◆ 問 診 表 ◆

カルテNo.

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平		ご職業	
お名前		女	年 月 日		歳		
ご住所	〒			電話番号			
E-mail				携帯番号			
当院をお知りになった理由は？	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 紹介者 _____		<input type="checkbox"/> ホームページを見て		<input type="checkbox"/> 電柱看板を見て		
	<input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 近所から <input type="checkbox"/> その他 ( )						

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い ( しみる ・ スキズキ痛い ・ かむと痛い ・ 腫れた ) <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた	どここの部分が？		
	<input type="checkbox"/> 検診の為 <input type="checkbox"/> 次のいずれかに異常がある < <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎(あご) >	左上	上前	右上
	<input type="checkbox"/> 歯石を取りたい(歯の清掃) <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> その他 ( )	左下	下前	右下

いつ頃から？ 今日から 昨夜から  日前から ずっと前から 時々

前回の歯科治療を受けられたのは？ 他院で ( 年 カ月前)

その時の内容は？ 虫歯・歯周病などの治療 お口のお掃除(スケーリング) 定期的な検診 その他 ( )

その時の感想は？ 痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変 通院が便利  
説明がわからなかった よく理解できた その他 ( )

以前に歯を抜いた事は？ いいえ はい ⇒その時異常がありましたか？  
気分が悪くなった 血が止まりにくかった 麻酔が効かなかった 麻酔をして気分が悪くなった  
その他 ( )

タバコは吸いますか？ いいえ はい ( 1日20本以下 1日20本以上 )

お酒は飲みますか？ いいえ はい ( 月に何回か 週に何回か 毎日 )

現在の健康状態は？ 良好 普通 不良 ※女性の方のみ 妊娠中 ( カ月)  
授乳中 ( カ月)

血圧の状態は？ 低い 普通 高い 最高： 最低：

今までにかかった病気は？ 特になし 肝炎 糖尿病 高血圧 低血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病  
血液疾患 骨粗しょう症 結核 その他 ( )

次のようなことはありますか？ 傷か化膿しやすい ジンマシンが出やすい 湿疹が出やすい 口内炎にかかりやすい 下痢しやすい  
喘息がある 風邪をひきやすい 花粉症 薬過敏(薬品名： )  
その他 ( )

現在飲んでいる薬は？ 飲んでいない 糖尿病の薬 血圧の薬 ビタミン剤 ホルモン剤 抗うつ剤  
その他 ( )  
 ※薬名がわかる方はご記入ください。( )

歯周病治療について ◆歯周病について理解しているか？ いいえ はい  
◆歯周病治療を以前うけたことがある？ いいえ はい  
◆使用している歯磨き粉の名前がわかる方はご記入ください。( )

診察についてのご希望

極端に“こわがり”なので、注意してほしい  
痛いところ、困っているところだけを治してほしい  
痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい  
治療の際、できれば同じ先生・衛生士で診て欲しい  
毎回違う先生・衛生士でいいので、予約を優先してほしい  
できる限り、保険適用内で治療をしてほしい  
治療内容によっては、保険適用外の治療を考えているので、説明を聞きたい  
 【保険適用外とは、例えば白く、高品質の素材で作製する詰め物や、審美的な治療(ホワイトニングなど)のことです。】  
保険適用外で、歯・口の中をキレイにしたい  
お子様と一緒に来院なので、キッズスペースのある診察台を希望する・・・(1台のみなので、ご案内できない場合もございます。)  
個室での診察を希望する・・・(1室のみなので、ご案内できない場合もございます。)  
一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい  
来院回数は増えても、一度の治療は少しずつしてほしい  
自分の歯についてカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい

予約についてのご希望 ◆来院できる時間帯 午前 時頃 午後 時頃  
◆来院できる曜日 月 火 水 木 金 土 日

その他、気になることや、ご希望がございましたら、ご記入下さい。

