

問 診 票

氏名 <small>ふりがな</small>	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住所 <small>〒</small>		☎ 自宅電話 () 携帯電話 ()
勤務先(学校名)		

診療にあたり参考とさせていただきますので正確に記載して下さい。

記載事項に関する秘密は厳守いたします。

以下の質問に該当するもの全てに○印をつけて下さい。

A. どうされましたか？

歯が痛い 歯ぐきが痛い 銀歯が外れた 入歯の調子が悪い(作り替えたい)
 歯石をとってほしい 顎の関節が痛い 顎が痛い・はれている 検診希望
 フッソ塗布・シーラント希望 学校検診で虫歯を指摘された 歯がかけた
 その他(具体的には _____)

B. その症状はいつからですか？ _____ 頃

C. 歯科の治療で今までに異常がありましたか？

血が止まらなかった 麻酔が効かなかった(効きにくかった)
 ない 気分が悪くなった ケイレンを起こした 貧血を起こした
 その他(具体的には _____)

D. 薬や食物のアレルギーはありますか？

抗生物質 鎮痛解熱剤 ヨードチンキ 卵 金属
 ない その他(具体的には _____)

E. 次の病気にかかったことはありますか？

高血圧 狭心症 不整脈 心筋梗塞 心臓弁膜症
 ない 脳梗塞 脳出血 肝炎(_____ 型) 肝硬変 糖尿病
 ぜんそく リウマチ S L E 血友病 成人T細胞白血病
 胃腸病(_____) 甲状腺疾患

その他(具体的には _____)

かかりつけの病医院名(_____ 病院・医院 _____ 先生)

F. 現在飲んでいる薬がありますか？ (ない ある)

薬名 _____

G. 心臓ペースメーカーを使用していますか？ (使用していない 使用している)

H. 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ (ない ある)

問診票②

治療に関するご希望等をお聴かせ下さい。(該当する□に✓をつけて下さい)

A. どのようにして本院をお知りになりましたか？

- 家族・知人から紹介されて(ご紹介者: _____ さま)
 他院・学校等から紹介されて(_____ 病院・医院・学校 _____ 先生)
 前を通りかかって 駅構内の看板を見て J Rの時刻表の広告を見て
 ホームページを見て 一般の書き込みサイトを見て 電話帳を見て
 その他(具体的には _____)

B. 今までに歯科の治療を受けたことはありますか？

- ない ある (_____ 年 _____ 月頃) または (_____ 年くらい前)

C. 過去、歯科治療を受けた時の感想をお聴かせ下さい。

- 痛くなかった 痛かった(具体的に何が痛かったですか?) _____)
 優しかった 怖かった(具体的に何が怖かったですか?) _____)
 よく説明してくれた _____)
 あまり説明してもらえなかった(どんな説明が欲しかったですか?) _____)
 その他(_____) _____)

D. 診療についてのご希望を詳しくお聴かせ下さい。

- _____ 月 _____ 日までに治療を終わりたい(理由: _____)
 1度にたくさんの治療をして、通院回数が少ないほうがいい
 通院回数は増えても、一度の治療は少しづつゆっくり丁寧にしたい
 すべて保険で治療してほしい
 なるべく保険で、保険の効かないところは自費でしてほしい
 最良の材料・方法で治療してほしい
 できれば銀歯は避けたい
 歯を入れる前に事前に保険と自費の違いの説明を受けたい
 痛みがあるので、できるだけ麻酔をしてほしい
 できるだけ麻酔は使って欲しくない(理由: _____)
 いま痛いところ、気になるところだけでなく、治療した方がよいところがあれば全部治療したい。
 今回は、いま痛んでいるところのみを治療してほしい
 どうしても通院できないので応急処置のみにしてほしい
 歯やお口に関するカウンセリングやブラッシング指導を受けたい
 インプラント、矯正治療、再生療法、ホワイトニングの説明を受けたい
 その他(具体的には _____) _____)

E. お子様の治療を受けられる方のみお答えください。

お子様が治療中暴れてしまった場合

- その日の治療は中断してほしい
 押さえつけてでも治療を継続してほしい
 行き聞かせたいので子どもと2人の時間を少しほしい

E. 予約についてご希望をお聴かせ下さい

- 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 (*日祝日と土曜午後は休診です)

F. その他ご希望がございましたらご自由にお書き下さい。