

問診票

～病状などについてのご質問～



ふりがな		性	男	生年	大正・昭和・平成・令和		
お名前		別	女	月日	年	月	日()歳
ご住所	〒			どなたとお住まいですか	当院の LINE 公式アカウントです。予約状況のお知らせ他お得な情報を配信致します。ぜひご登録下さい！		
				配偶者	お子様		
				父	母	祖父	
				祖母	单身		
ご連絡先	自宅 (- -)	勤務先名					
	携帯 (- -)	(学校名)					



当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者様名) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 他科通院時に見つけて <input type="checkbox"/> ホームページ(パソコン ・ スマートフォン) <input type="checkbox"/> 自宅の近く <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ご家族が通っている(患者様名)
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い { ※いつからですか <input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他()
前回、歯科治療をお受けになったのは？	<input type="checkbox"/> 当院で(年 カ月前) <input type="checkbox"/> 他院で(年 カ月前) 歯科医院名()
今までに大きな病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肝炎(<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 ※ <input type="checkbox"/> キャリアのみ <input type="checkbox"/> 発症している <input type="checkbox"/> 完治) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能(亢進・低下)症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 婦人科病(病名: 服用中薬名:) <input type="checkbox"/> (ピルを服用していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名) (傷病名)
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名・種類)
薬を飲んで副作用が出た経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名・種類)
妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい(カ月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい() ※はいをお選びの方・・・ラテックスアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
一日に歯を磨くのは	<input type="checkbox"/> 1日 回 (いつ磨きますか? 朝 ・ 昼 ・ 夜)
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> 吸わない

歯の麻酔・抜歯などで 具合が悪くなったことは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 痛み・腫れが続いた <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他()																												
ご来院のご都合のよい 曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> シフト制(シフトが決まるのは毎月 日頃) <input type="checkbox"/> 特定の曜日・時間帯のみ来院可(都合の良い所に○をつけてください) <table border="1" data-bbox="496 353 1422 555"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17:00以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17:00以降																													

<h3>治療に関するご希望確認アンケート</h3> <p>当院では、以下の事を目指して治療の計画を立てております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などができるだけ長くもつこと (耐久性) ● 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること (再発リスク) ● 違和感なく自然に美しく見えること (審美性) ● できるだけ天然の歯のようにしっかり違和感なく噛めること (機能性) ● 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること (安全性) 	
上記を踏まえ、診療についてご希望の物全てにチェックをして下さい。	<input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 保険適用の治療のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 費用にかかわらず、可能な治療方法は自費診療も含め全て提案を受け、その中からより良い治療を選ぶことを希望する。 →次のうち、どれをより重視しますか？ <input type="checkbox"/> 機能 <input type="checkbox"/> 見た目 <input type="checkbox"/> 両方
過去に歯科治療を受けた際、嫌な思いをしてしまったことはありましたか。	<input type="checkbox"/> 麻酔が痛かった <input type="checkbox"/> 麻酔なしで治療され痛かった <input type="checkbox"/> 音が怖い <input type="checkbox"/> 説明が無かった <input type="checkbox"/> 先生が威圧的で怖かった <input type="checkbox"/> 痛いのを気のせいと言われた <input type="checkbox"/> 治療方法や保険/自費などの選択肢を提示されず、勝手に治療を進められた <input type="checkbox"/> 痛くて手を挙げて我慢するよう言われ、治療を止めてくれなかった <input type="checkbox"/> その他 ()
歯周病治療について、ご希望のものにチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 歯周病治療を希望する <input type="checkbox"/> すでに歯周病が進んでおり、歯を失う可能性が高いようであれば治療を希望する <input type="checkbox"/> どのような状態であっても歯周病治療は希望しない ※歯周病は成人の80%がかかっているとされ、最終的に歯が抜けてしまう非常に怖い病気です。
予防グッズについて	ご自身のお口の状態にピッタリのハブラシ・歯磨き粉など予防グッズの処方をご希望されますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい