

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。予約の空き状況を毎日配信しますので、ぜひご登録下さい！		
					父 母 祖父				
ご連絡先	自宅 (- -)		勤務先名 (学校名)		祖母 お子さん 一人暮らし				

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" style="margin-top: 10px;"> <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																													

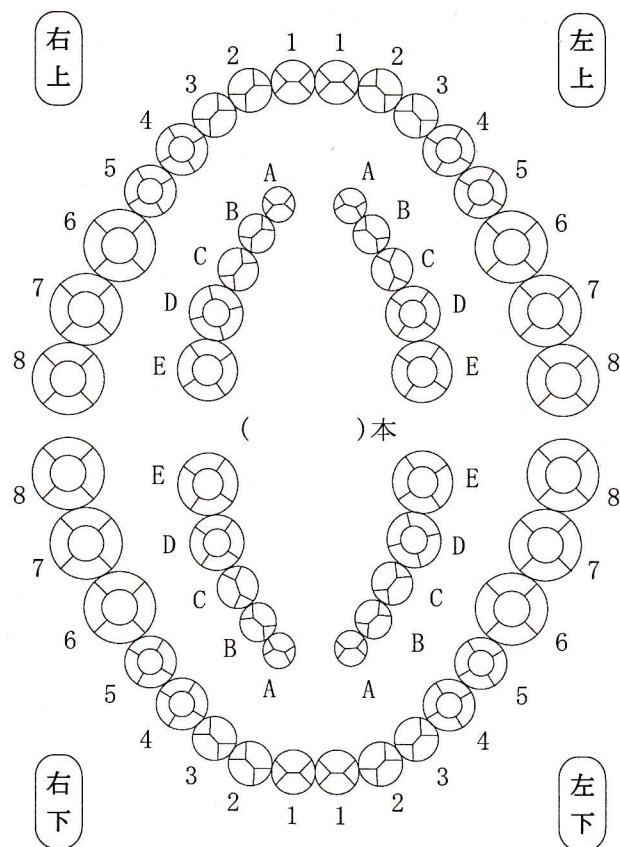
<h3>治療に関するご希望確認アンケート</h3> <p style="color: yellow;">当院では、以下の事を目指して治療の計画を立てております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などができるだけ長くもつこと (耐久性) ● 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること (再発リスク) ● 違和感なく自然に美しく見えること (審美性) ● できるだけ天然の歯のようにしっかり違和感なく噛めること (機能性) ● 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること (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。

※3 枚目(歯と口の治療管理)は枠内のみご記入をお願いいたします

歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	年 月 日
○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)	
1. お口のお手入れについて	
・ 歯磨きをする時は	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前
・ 1回の時間は	()分くらい
・ 歯ブラシ以外の清掃用品は	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり	
3. 睡眠時間 約()時間	
4. 食生活習慣について	
・ 習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
・ 間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない
5. 現在治療中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)	
6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名)	



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ プラークや歯石の付着(||||| 部) なし あり
- ・ 歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・ 歯の動揺 なし あり
- ・ 歯周ポケット(4mm以上) なし あり

○歯や口の状態と全身の健康

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)