

【 Dr 】【スタッフ】 問 診 票

* 診察をするのに重要な資料となります。

年 月 日

ふりがな お名前		【生年月日】			【性別】 男 ・ 女	
様		昭和	平成	令和	年	月 日生 (才)
ご住所 〒 -						
電話番号	-	-	勤務先 (ご職業、学校名)			
携帯電話	-	-				
家族構成	人暮らし (家族構成:)					
どうなさいましたか	歯が痛い	歯肉が腫れた	しみる (冷 ・ 温)			
	歯肉が痛い	歯肉からの出血	歯がとれた			
	歯がグラグラする	歯石を取りたい	歯の汚れを取りたい			
	歯並びが気になる	むし歯、歯周病の予防がしたい				
	詰め物が取れた	入れ歯を作りたい	入れ歯が合わない			
	健診をしてほしい	口臭がある	あごの異常			
	その他 (
どこですか	右上	上前	左上	右あご	左あご	
	右下	下前	左下	その他 ()		
歯を抜いて何か異常がありましたか	ない	歯を抜いた事がない				
	ある	どのように ()				
次の病気にかかったり、手術をしたことがありますか	ない	糖尿病	心臓病	高血圧	低血圧	
	腎臓病	肝臓病	結核	肝炎	喘息	
	脳血管の病気	その他	病名 ()			
ペースメーカーをお使いですか	いいえ	はい				
タバコを吸いますか	吸わない	以前吸っていた (年前)		吸う (1日 本位)		
血圧はどのくらいですか	(/	mmHg)	分からない		
現在通院中の病院・医院はありますか	ない	ある 病院、医院名 ()				
現在何か薬を飲んで いますか	いいえ	はい → おくすり手帳はお持ちですか		はい	いいえ	
薬の副作用はありますか	ない	ある		薬の名前 ()		
アレルギーはありますか	ない	ある		アレルギー名 ()		
女性の方へ 現在妊娠中ですか	いいえ	はい (週目)		可能性あり		
当院をお知りになった理由をお聞かせください	知人、家族からの紹介 (ご紹介者名)					
	以前から通院中	ホームページ	電話帳	口コミ		
	建物 / 看板を見て	近いから	他の医療機関からの紹介			
	その他 (
通院するのにご都合が良いのはいつですか	曜日 ()	時間帯 ()				
	その他 (

* 治療にあたりご希望がありましたらお書き下さい

[]

質問票

名前 _____

以下の質問の当てはまる場所にチェックをつけて下さい。

- 歯を大切にしたい
- 歯の治療が嫌い
- 忙しく治療に時間をかけたくない
- 治療にお金をかけたくない
- 虫歯で歯を失いたくない
- 自分の歯で一生噛みたい
- 取りはずしの入れ歯やブリッジにたくない
- 永久歯は虫歯ゼロ、治療ゼロにしたい
- 虫歯になりたくない、
もしくは、子供を虫歯にならないようにしたい
- 虫歯で痛い思いをしたくない、
もしくは、子供に虫歯で痛い思いをさせたくない
- 子供に虫歯をうつしたくない
- 自分のため、子供のために虫歯の原因を断ちたい
- 今まで治療した所を長く持たせたい
- 虫歯にならないように対策したい

治療に関して希望することにチェックをつけて下さい。

- 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）
- 治療した箇所の虫歯・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）
- 自然に美しく見えること（審美性）
- 天然の歯のように、できるだけ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）