

問診票

カルテ No. _____

受付日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	M・T・S・H	年 月 日
現住所	〒 _____			未婚・既婚	歳
電話番号	自宅	携帯	職業		
	_____	_____			
勤務先	〒 _____		会社名		
通院に都合の良い曜日と時間帯			曜日 / 午前・午後	時頃	

本日はどうなさいましたか？

症状 _____

どこが _____

いつ頃から _____

痛み 無し・少し痛む・強く痛む・我慢できないほど

以前の歯科治療について

●以前に歯科診療を受けたことはありますか？
 ない 当医院 他の医院で(_____ 年)前

●歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
 はい いいえ

●歯を抜いたことはありますか？
 はい いいえ

その時異常がありましたか？
 はい (_____) いいえ

体の具合について

●次の病気にかかったことはありますか？

- ・血液病（白血病・その他）・腎臓病 ・アデノイド
- ・糖尿病・甲状腺の病気・骨粗鬆症・てんかん・蓄膿症
- ・喘息・脳卒中・心臓病（心筋梗塞・狭心症）
- ・肝炎（A型/B型/C型/その他）・高血圧・低血圧
- ・その他（ _____ ）

●現在、治療中の病気はありますか？
 はい（病名 _____ ）（病院名 _____ ）
 いいえ

●現在、服用中の薬剤はありますか？
 はい（薬品名 _____ ） いいえ

●妊娠している可能性はありますか？
 はい（ _____ ヶ月） いいえ

●タバコを吸いますか？
 はい（1日 _____ 本位 _____ 歳頃から） いいえ
 吸っていたが（ _____ ）歳頃から禁煙している

治療のご希望について

●この機会に

- 悪いところは全て治したい
- 痛いところだけ治したい
- 当クリニックを何でお知りになりましたか？
- 看板 職場に近い
- 紹介（ _____ 様）
- ホームページ その他（ _____ ）

●下記項目に関して、重視されることを重要な順にお答えください

- 1.装着するもの(詰め物、かぶせ物、入れ歯など)ができるだけ長くもつこと **(耐久性)**
- 2.治療したむし歯、歯周病が再発する可能性を出来る限り低くすること**(再発リスク)**
- 3.自然に美しく見えること **(審美性)**
- 4.天然歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること **(機能性)**
- 5.金属アレルギーなどになりにくく出来るだけ身体にとって安全であること **(安全性)**

最も重要なのは...1番(_____) 2番(_____) 3番(_____) 4番(_____) 5番(_____)

●治療方法について

- 前問の1~5の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが重要
- 費用は少ない方がよいが、前問の1~5の項目も考慮に入れ、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
- 費用に関わらず、自分の状態に合った最善の治療を提案してほしい

●歯科医師・歯科衛生士 担当制について 希望する 希望しない