

問診票

ご記入日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	(男・女)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
ご住所	〒(-)	↓日中のご連絡先に✓してください <input type="checkbox"/> 自宅 TEL
メールアドレス		<input type="checkbox"/> 携帯 TEL
お勤め先・ご職業		<input type="checkbox"/> 会社 TEL

◆通院に際して、希望の時間帯や曜日・期間などのご希望があれば、ご記入ください ()

*当院ではお口全体を総合的に診て、患者様にとって最もよいと思われる治療を行うことを心がけております。診療に際して、患者様のご希望と行き違いが起きないためにも、できるだけ正確にご記入くださいます様、ご協力お願い致します。また、治療に関するご質問・ご相談等は担当医・スタッフに遠慮なくお尋ね下さい。

1. 今お困りになっている事はなんですか？ (いくつでも✓をつけて頂いてもかまいません)

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 咬むと痛い | <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い | <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い |
| <input type="checkbox"/> (冷たい・熱い)ものがしみる | <input type="checkbox"/> 歯がかけた(前歯・奥歯) | <input type="checkbox"/> (つめ物・かぶせ物)が取れた(前歯・奥歯・ブリッジ) | |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が(壊れた・合わない) | <input type="checkbox"/> 歯が無いところを治したい | <input type="checkbox"/> インプラントに興味がある | |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い | <input type="checkbox"/> 歯肉がはれている | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする | <input type="checkbox"/> 予防歯科に興味がある |
| <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい | <input type="checkbox"/> 歯の着色をとりたい | <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> ホワイトニングに興味がある |
| <input type="checkbox"/> (つめ物・かぶせ物)を白くきれいにしたい | | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になっている | <input type="checkbox"/> 矯正治療に興味がある |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

2. 今まで歯科にかかったことはありますか？

- ない ある (いつ頃 _____ 年前 どこで _____)

3. 今まで歯科の治療で何か異常が出たり、ご気分が悪くなったことはありますか？

- ない ある (麻酔をした時・抜歯をした時・その他 _____)

4. 過去に大きな病気をされた、もしくは今治療中のご病気はありますか？

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない(良好) | <input type="checkbox"/> 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿 | <input type="checkbox"/> 血液系の病気 | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> ぜん息 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(/) | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 | |
| <input type="checkbox"/> 鼻の病気 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |

5. 現在、通院中の病院はありますか？

- ない ある 病名(_____)
ご通院中の病院名・担当医名(_____)

裏面にもご記入をお願い致します

6. 現在、お薬を飲んでいますか？（骨粗しょう症の方は詳しくお書き下さい）

ない ある （薬の名前 _____ ご病気は _____ ）

7. お薬、食品、その他で何かアレルギーはありますか？

ない ある （ _____ ）

8. 歯ぎしりはしますか？

しない する

9. たばこは吸われますか？

吸わない 吸う （一日 _____ 本位 _____ 年前から）

10. 1日にどれくらい歯みがきをしますか？

朝 昼 夜

歯ブラシ指導を受けたことはありますか？

ある ない

11. 女性の方へ

妊娠していない 妊娠中（約 _____ 週目） 妊娠の可能性がある 授乳中

12. 当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介で（ _____ 様より） ホームページで 通りがかり
 口コミで 内覧会に来た、チラシをもらった e-park
 エキテン その他（ _____ ）

13. 治療の内容についてお尋ね致します

- 保険治療、自費治療を問わず、最良で快適と考えられる方法で治療を進めたい
- 自費治療とはどのようなものなのか話だけでも聞いてみたい
- 治療内容に制限があっても保険治療の範囲で治療を進めたい
- 相談して決めたい
- 今の段階ではよくわからない

患者様からご提供頂いた個人情報は、
院内登録及び安全かつ正確な治療計画の為のみ使用致します。

ご協力ありがとうございました



医療法人叔美会

TOOTH CREATE TOKYO

理事長 井上 慎太郎