

問 診 表

受付

ふりがな		性別	生年月日		年齢
お名前		男・女	昭・平・令	年 月 日	才
住所	〒 -	電話	(自宅) - - (携帯) - -		
メールアドレス	携帯電話のアドレスをご記入下さい(予約日時のお知らせをお送り致します) ※ - . - . などはわかりやすくお願いします				
勤務先		住所: 〒 -	電話: - -		

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。以下、該当するものに ✓ チェックして下さい。
当医院では、あなたの健康を保持するためにお役に立ちたいと考えています。その上であなたの痛みや不都合な点を改善するのみならず、ものを噛み消化して食事を楽しむ機能を獲得し、美しい笑顔を見せられるようになって頂きたいと思っております。

当院にこられたのは？ 初めて 以前に来たことがある(約 年前)

なぜ 当院を選ばれましたか？ (いくつチェックしても可)

- 家族が通院中または以前通院していた(お名前)
- 友人・知人の紹介や勧めで(お名前)
- 病院の先生に紹介して頂いた(病院名) (先生名)
- インターネットをみた チラシ・看板をみた 予防に力を入れていると聞いて
- 最新の治療をしていると聞いて 家が近いから 職場が近いから
- 診療所の雰囲気が良いと聞いて その他 ()

いまの症状と、希望する治療内容をおしえてください (いくつチェックしても可)

- | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>左 上</td><td>上 前</td><td>右 上</td></tr> <tr><td>左 下</td><td>下 前</td><td>右 下</td></tr> </table> | 左 上 | 上 前 | 右 上 | 左 下 | 下 前 | 右 下 | <input type="checkbox"/> 歯がいたい・しみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきがかはれた
<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせ物が取れた
<small>※取れた物について(色) (本日お持ちですか？ 有 ・ 無)</small> |
| 左 上 | 上 前 | 右 上 | | | | | |
| 左 下 | 下 前 | 右 下 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた・調子が悪い
<input type="checkbox"/> 歯並びがきになる
<input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 歯の外観がきになる <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い
<input type="checkbox"/> くちがかわく <input type="checkbox"/> 口臭がきになる | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療したい
<input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい
<input type="checkbox"/> 着色やよごれをとってほしい
<input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしたい
<input type="checkbox"/> 歯のクリーニング(PMTC)をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの治療をしたい <input type="checkbox"/> 親知らずをみてほしい
<input type="checkbox"/> 入れ歯をつくってほしい <input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> ホワイトニング
<input type="checkbox"/> 歯ぐきの検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯の検査をしてほしい
<input type="checkbox"/> 虫歯になりにくい予防方法を知りたい | | | | | | |

内科的な疾患はありますか？

- ない 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝臓病
- 肝炎 (型) 血液疾患 甲状腺機能亢進症 貧血
- 蓄膿症 高血圧 (最高: 最低:) 低血圧
- てんかん ぜんそく その他

現在、薬は飲んでいますか？ いいえ はい ⇒ (薬品名:)

※次回、お薬の説明書をお持ち下さい

次の病気にかかれたことはありますか？ 詳しい病名をお知らせください。

- 心臓 () 肝臓 () 腎臓 () その他 ()

薬の副作用、アレルギー等 特別な体質はありますか？

- ない ある ⇒ (どんなものに)

※裏面もごさいます。ご記入よろしくお願ひ致します。

今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

ない ある 熱が出た・麻酔がききにくかった・血が止まりにくかった・貧血をおこした

たばこをお吸いになりますか？ 吸ってない 吸う (1日 本)

女性の方におたずねします 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい⇒ 妊娠 _____ ヶ月
授乳中ですか？ いいえ はい⇒ _____ 年 _____ ヶ月

ハピネス ☆ チェックシート ~ happiness ~

歯科の治療にはいろいろな選択肢があります。下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。しかし材料や技術的な制限があります。出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をおつけ下さい。

- A 美しさ
きれいな歯並びや白い自然な歯。 義歯と分らない歯。
- B 噛む力
自然な歯と同じように噛める。
- C 安全性
金属アレルギーや歯茎の変色。 糖尿病や心臓疾患、脳卒中など
- D 丈夫さ
作成した歯が長く保つ。 壊れない。 外れない。
- E 再び悪化しにくい
虫歯や歯周病の再発を出来るだけ防ぐ。
- F 快適さ
口の中で違和感を出来るだけ感じない。

順位	A~F
1位 ⇒	
2位 ⇒	
3位 ⇒	
4位 ⇒	
5位 ⇒	
6位 ⇒	

治療の方法についてご希望を伺います。以下の項目にチェックしてください。

- 保険のルールについて知りたい。
- 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても詳しい説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
- 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。

ご希望がございましたらご記入ください (いくつチェックしても可)

- この機会に悪いところは全部治したい
- 痛いところだけ・希望するところだけ治したい
- 転勤や引越しなどで _____ 月までに治療を終わらせたい
- 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい
- 一回の治療時間を短くしてほしい
- その他(_____)

通院されるのに、ご希望の曜日・時間帯を、第①・②・③希望まで下記の表にお知らせ下さい。その他に、通院が可能な曜日・時間帯があれば、○を付けてお知らせ下さい。

	月	火	水	木	金		土
9:00~12:00						9:00~12:00	
14:00~15:00						13:30~16:30	
15:00~17:00							
17:00~18:30							



医療法人はぐくみ
おおくま歯科