

問診票

～病状などについてのご質問～

ふりがな		性	男	生年	明治・大正・昭和・平成
お名前		別	女	月日	年 月 日 (才)
ご住所	〒	電話番号(- -)			
eメール	☆予約確認メール配信などのサービスがございます。是非ご利用ください♪				
	PC	@	携帯	@	
ご職業		緊急連絡先 (携帯番号) (- -)			

場所はどこになりますか？	右上奥歯	上前歯	左上奥歯	その他 <input type="text"/>
	右下奥歯	下前歯	左下奥歯	
どうなさいましたか？	歯 <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 虫歯っぽい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 色が気になる <input type="checkbox"/> キレイにしたい <input type="checkbox"/> 親知らず 歯肉 <input type="checkbox"/> はれた <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 血が出る <input type="checkbox"/> 口臭が気になる 歯並び <input type="checkbox"/> キレイにしたい <input type="checkbox"/> 相談したい 全体 <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> クリーニング希望 ※来院理由を 詳しく教えて下さい			
お口以外の健康状態は いかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に)			
今までに大きな病気を したことはありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧) <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)			
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)			
体に合わない薬はありませ るか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)			
妊娠等について (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中である			
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (金属・アトピー・花粉・その他 ())			
タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う (一日 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・抜歯等で具合が悪 くなった事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
全体的なお口の検査を 希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 詳しい説明を希望します			
次の項目で気になるものは ありますか？	<input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 審美			
治療前に伝えておきたいこ と、治療についてのご希望・ 質問等ございましたらお書 きください。				

氏名：

治療に関するご希望確認アンケート

カルテ番号：

(ア) 下記項目に関して、治療で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)
- ② 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)
- ③ 自然に美しく見えること(審美性)
- ④ 天然歯のように、でき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やすく、できるだけ身体にとって安全であること(安全性)



①～⑤の番号でお答えください

最も重要なのは？ →()

2番目に重要なのは？ →()

3番目に重要なのは？ →()

4番目に重要なのは？ →()

5番目に重要なのは？ →()

(イ) 下記 A～C より該当するものをひとつお選びください。

- A. 前問(ア)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最も重要である。
- B. 費用は少ないほうがいいが、前問(ア)の①～⑤の項目も考慮にいれ、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。
- C. 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。