

問診表

～症状などについてのご質問～

記入日 年 月 日

ふりがな					性別	男	生年	大正	昭和	平成	令和
お名前					性別	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	@				
職業					緊急連絡先(ご本人以外)		(- -) (続柄:)				
場所はどこになりますか？ 左右逆の表記になっています	☆	右上奥歯	上前歯	左上奥歯	その他						
		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"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 血がでる <input type="checkbox"/> 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 入れ歯 <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 調子が悪い <input type="checkbox"/> 新しくしたい <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 詳しく教えてください _____										
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 _____)										
体に合わないお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____)										
妊娠などについて (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ 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 _____ 本くらい) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない										
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？	<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"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません <input type="checkbox"/> 詳しい説明を希望します										
次の事項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・ご質問等ありましたらお書きください											

治療に関するご希望確認アンケート

(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、できるだけ違和感がなく噛めること(機能性)
- ⑤金属アレルギーなどになりにくく、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, 費用は少ない方がいいが、前問(ア)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

C, 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療をしてほしい