

# 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<br>女 | 生年<br>月日 | 大正<br>年 | 昭和<br>月 | 平成<br>日 | 令和<br>(才) |
| お名前  |                                    |  |  |              |        |          |         |         |         |           |
| 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) |        |          | ( - - ) |         |         |           |

| 場所はどこになりますか？<br>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？                                 |   | <input type="checkbox"/> 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<br><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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> キレイにしたい <input type="checkbox"/> 相談したい<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 検査希望 <input type="checkbox"/> クリーニング希望<br><b>※来院理由を</b><br><b>詳しく教えてください</b> _____ |     |      |     |
| 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 ( _____ )<br><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 ( _____ カ月) <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