

# 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日(西暦)
お名前 _____	男 ・ 女 _____ 年 月 日 ( ) 歳
ご住所 郵便番号( _____ )	
お電話番号 自宅 or 携帯 ( _____ ) - ( _____ ) - ( _____ )	
ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 主婦	
<input type="checkbox"/> 学生 ( 高 ・ 専 ・ 短 ・ 大 ) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
※ご予約日前に、予約日時のお知らせメールを送信しております。	
メールアドレスをご記入ください _____ @ _____	

1. 当院をお選びいただいた理由は何ですか	<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 以前通院していた <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介( _____ )様
2. 歯科医院を受診したことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( _____ ヶ月ぶり位) または ( _____ 年ぶり位)
3. どこに症状がありますか	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
4. 今回はどうなさいましたか 当てはまる項目にチェック	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・食いしばり <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 口内炎ができた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他( _____ )
5. 今までかかった病気があれば 全てチェック・または記入	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧(上の血圧 _____ mmHg/ 下の血圧 _____ mmHg) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
6. 現在他院に通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名: _____ ) 何科( _____ )担当医( _____ )先生
7. 骨粗しょう症の薬を お飲みですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前: _____ ) ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。
8. 服用中の薬はありますか ※骨粗しょう症薬以外で	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬の名前: _____ ) ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。
9. アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 食品(具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
10. 歯科治療で気分が悪く なったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
11. 女性の方へ 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい ⇒ ( _____ )週目 ※母子手帳をお持ちの方は、受付へご提示お願いいたします。

<p>12. 治療方法について① 1番希望する項目にチェック (★1つだけチェック)</p>	<p><input type="checkbox"/>とにかく費用が少ない、保険内の治療がしたい <input type="checkbox"/>費用は少ない方が良いが、自分に合った治療方法の説明を受けたい <input type="checkbox"/>費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい</p>
<p>13. 治療方法について② 1番重視する項目にチェック (★1つだけチェック)</p>	<p><input type="checkbox"/>銀歯ではなく、見た目が美しい白い歯を入れたい(審美性) <input type="checkbox"/>金属アレルギーになりにくく、体にとって安全な材質希望(安全性) <input type="checkbox"/>むし歯・歯周病が再発する可能性を出来るだけ低くしたい(再発リスク) <input type="checkbox"/>出来るだけ天然の歯(自分の歯)のように違和感なく噛めること(機能性)</p>
<p>14. 歯の噛み合わせについて 当てはまる項目にチェック</p>	<p><input type="checkbox"/>咬み合わせの高さが合わないと感じることもある <input type="checkbox"/>顎がスムーズに開かない、スムーズに動かないことがある <input type="checkbox"/>歯ぎしりや食いしばりをするくせがある <input type="checkbox"/>就寝時に装着する歯ぎしり防止のマウスピースを使用している</p>
<p>15. 歯の汚れについて 当てはまる項目にチェック</p>	<p><input type="checkbox"/>歯の着色⇒茶渋が気になる      コーヒー・お茶    1日(      回)程度 <input type="checkbox"/>歯の着色⇒ヤニが気になる      タバコ            1日(      本)程度 <input type="checkbox"/>磨きにくいところがある・汚れが溜まりやすい</p>
<p>16. 歯ぐきについて 当てはまる項目にチェック</p>	<p><input type="checkbox"/>歯ぐきが下がってきた気がする <input type="checkbox"/>歯の間にものがはさまる <input type="checkbox"/>歯ぐきから出血する・腫れることがある</p>
<p>17. クリーニングについて 当てはまる項目にチェック</p>	<p>・今までクリーニング(歯石とり)を受けたことがありますか <input type="checkbox"/>ある    <input type="checkbox"/>ない    <input type="checkbox"/>分からない (↓)あると答えた方にお伺いします ・いつ頃クリーニングを受けましたか <input type="checkbox"/>3ヶ月未満    <input type="checkbox"/>半年未満    <input type="checkbox"/>1年未満    <input type="checkbox"/>1年以上 ・クリーニング(歯石とり)は何回かかりましたか <input type="checkbox"/>1回    <input type="checkbox"/>2回    <input type="checkbox"/>3回以上    <input type="checkbox"/>分からない ・クリーニングについて希望される項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/>着色(茶渋・ヤニ)を落としたい <input type="checkbox"/>口臭を予防したい <input type="checkbox"/>バイオフィルムを落としたい ※バイオフィルムとは・・・細菌が増殖した膜</p>
<p>18. 歯周病について 当てはまる項目にチェック</p>	<p>・歯周病について説明を受けたことはありますか <input type="checkbox"/>はい    <input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>分からない ・今まで歯周ポケット検査を受けたことがありますか <input type="checkbox"/>ある    <input type="checkbox"/>ない    <input type="checkbox"/>分からない ・歯周病は成人の80%がかかっていると診断されており 最終的に歯が抜けてしまうととても怖い病気です。 歯周ポケット検査について希望される項目にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/>歯周ポケット検査を希望する <input type="checkbox"/>歯周病の可能性が高いようであれば歯周ポケット検査を希望する <input type="checkbox"/>どのような状態でも歯周ポケット検査を希望しない</p>

