

# 問診1

記入日 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
ご氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) 歳  
〒 \_\_\_\_\_ 自宅 ( \_\_\_\_\_ )  
ご住所 \_\_\_\_\_ 携帯 ( \_\_\_\_\_ )

メールアドレス： \_\_\_\_\_

※ご予約日前に、お知らせメールの配信を行っております。

ご職業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ ☎ ( \_\_\_\_\_ )

※尚、この予診表は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか ※当てはまる項目の口にチェックを入れて下さい。

- |     |  |      |                                |       |                                   |
|-----|--|------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|
| 〈歯〉 | <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい    | 〈歯茎〉 | <input type="checkbox"/> 出血する  | 〈その他〉 | <input type="checkbox"/> 定期検診     |
|     | <input type="checkbox"/> 詰めた物が取れた      |      | <input type="checkbox"/> 腫れている |       | <input type="checkbox"/> クリーニング   |
|     | <input type="checkbox"/> 歯がしみる         |      | <input type="checkbox"/> 痛い    |       | <input type="checkbox"/> ホワイトニング  |
|     | <input type="checkbox"/> 抜歯をしたい        |      |                                |       | <input type="checkbox"/> インプラント   |
|     | <input type="checkbox"/> 歯が痛い          |      |                                |       | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
|     | <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ] |      |                                |       | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
|     |  |      |                                |       | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  |

2. どこが痛みますか 右上奥 右下奥 上前歯 下前歯 左上奥 左下奥  
顔 頬 顎 唇 舌 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 痛みはいつからですか 今日から  ( \_\_\_\_\_ ) 日前から ずっと前から 時々

4. 今までに次の病気にかかったことはありますか？ ( ない ・ ある )

※あるに○をした方は、次の□のいずれかにチェックを入れて下さい

- 心臓疾患 肝臓疾患 [B型・C型・その他 ( \_\_\_\_\_ )] 腎臓疾患 胃腸疾患  
がん 血液疾患 高血圧 糖尿病 てんかん症 リウマチ  
喘息 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか ( いいえ ・ はい → \_\_\_\_\_ )

6. 薬やその他のアレルギーはありますか ( ない ・ ある → \_\_\_\_\_ )

7. 現在、他科の医院に通院していますか ( いいえ ・ はい → \_\_\_\_\_ )

(病院名： \_\_\_\_\_ 何科： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_ )

8. 現在、飲んでいる薬はありますか ( いいえ ・ はい → \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をお持ちの方は受付でお預かりいたします

9. 現在、体調はいかがですか ( よい ・ よくない → \_\_\_\_\_ )

10. 現在、妊娠していますか ( いない ・ 可能性がある ・ いる → \_\_\_\_\_ か月 )

11. 歯科治療で気分が悪くなった事がありますか ( ない ・ ある )

それはどんな時ですか ( 抜歯 ・ 麻酔 ・ 血が止まりにくい ・ その他： \_\_\_\_\_ )

12. 当院にお見えになったのは

- 近所だったから 電話帳 看板 広告 インターネット  
雑誌等 紹介されて (ご紹介者： \_\_\_\_\_ 殿・ 家族 )

どうもありがとうございました。

**松本歯科医院**

## 問診2

ご氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### ◆ 治療についてお伺いします。

1. 治療をする上で「1番重視すること」と「2番目に重視すること」を下記の中からお選び頂き、  
( ) に番号をご記入下さい。

- ① 詰め物・被せ物・入れ歯などが、出来るだけ長くもつこと (耐久性)
  - ② 治療した力所のむし歯・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)
  - ③ 銀歯ではなく、見た目が美しい白い歯を入れたい (審美性)
  - ④ 出来るだけ天然の歯(自分の歯)のようにしっかり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番重視すること ( )      2番目に重視すること ( )

2. 治療方法について、ご希望される口にチェックをして下さい。

- とにかく費用が少ない、保険内の治療をしたい
- 費用は少ない方が良いが、自分にあった治療方法の説明を受けた上で相談して決めたい
- 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

### ◆ 歯周病についてお伺いします。

1. 歯周病について説明を受けたことがありますか?    ある    ない    分からない

2. 歯周ポケット検査を受けたことがありますか?    ある    ない    分からない

3. 今までにクリーニング(歯石取り)を受けたことはありますか?    ある    ない    分からない

4. 質問3で「ある」にチェックをつけた方にお伺いします。

- ① いつ頃クリーニング(歯石取り)を受けられましたか?    3ヶ月未満    1年未満    1年以上
- ② クリーニング(歯石取り)は何回かかりましたか?    1回    2回    3回以上    分からない

5. 歯周病は**成人の80%**がかかっているとされており、最終的に**歯が抜けてしまう**とても怖い病気です。

歯周ポケット検査についてご希望される項目の口にチェックをして下さい。

- 歯周ポケット検査を希望する
- 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
- どのような状態でも歯周ポケット検査は希望しない

歯周ポケット検査の結果、歯肉が健康と診断された場合のクリーニングは保険が適応されません。

※詳しくは歯周ポケット検査時にご説明いたします。



## 患者様ご要望アンケート

本日はご来院頂きまして、誠にありがとうございます。  
松本歯科医院はお客様に心から満足していただけるサービスの提供を目指しています。皆様のお悩みやご要望をくみ取り、素敵な笑顔・健康的なお口元づくりをサポートさせていただきます。ぜひ皆様のお悩みやご要望のご記入をお願いいたします。

ご来院日.....年.....月.....日..... お名前.....

1. 最近、口元・顔回りでお悩み事はございますか？ (複数回答可)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が黄色い         | <input type="checkbox"/> 歯の着色(茶渋・ヤニ)が気になる |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる       | <input type="checkbox"/> 舌の汚れが気になる        |
| <input type="checkbox"/> 歯石がついている      | <input type="checkbox"/> ときどき歯ぐきが腫れて痛みが出る |
| <input type="checkbox"/> ときどき歯ぐきから血が出る | <input type="checkbox"/> 顎が痛い             |
| <input type="checkbox"/> ホウレイ線が気になる    | <input type="checkbox"/> 顔のくすみが気になる       |
| <input type="checkbox"/> 頬の脂肪が気になる     | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの黒ずみが気になる     |
| <input type="checkbox"/> 口角が下がっている     | <input type="checkbox"/> 唇が荒れやすい、乾燥しやすい   |
| <input type="checkbox"/> その他【.....】    |   |

2. ご興味のある項目、改善したい項目はございますか？ (複数回答可)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 歯のホワイトニング     | <input type="checkbox"/> 歯石や茶渋・ヤニが一回でスッキリ落ちる |
| <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病予防     | <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ              |
| <input type="checkbox"/> 詰め物や被せ物を白くしたい | <input type="checkbox"/> 小顔になる               |
| <input type="checkbox"/> ホウレイ線が薄くなる    | <input type="checkbox"/> 唇が美しくふっくらする         |
| <input type="checkbox"/> 顔のゆがみを改善する    | <input type="checkbox"/> 顔のコリが取れる            |
| <input type="checkbox"/> その他【.....】    |  |

3. その他、当院へのご意見、ご要望をご記入下さい (何でも構いません。お気軽にご記入ください)



アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

