

問 診 票

| | | | | |
|---|--------|------------|------------------|----|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 名前 | | 男・女 | 大・昭・平 年 月 日 | 歳 |
| 住所 | (〒 —) | TEL | 自宅 — — 携帯 — — | |
| メール | @ | | | |
| 勤務先 | | 住所 電話番号 | | |
| 連絡先の優先順位：() ご自宅電話 () 携帯電話 () ご勤務先電話 () その他 _____ () 連絡不要 | | | | |

*以下の該当するところに✓を入れていただき、必要な部分は記入をお願いします。

1. なぜ当院を選ばれましたか？（該当するところにいくつでも✓を入れてください）

- 家族が通院中もしくは以前に通院していた（お名前 _____）
- 友人・知人の紹介や勧め（お名前 _____）
- 他院からの紹介（病院名 _____ 担当医 _____）
- インターネットを見て 看板を見て 家から近いから
- 職場から近いから サプリメントの相談も乗ってくれと聞いたから
- 診療曜日・時間の都合がよいから 予防に力を入れていると聞いたから
- 高機能な入れ歯、インプラントや矯正などの治療もしていると聞いたから
- なるべく痛くないように治療をしていると聞いたから
- その他（ _____ ）

2. 現在の症状（お困りのこと）を教えてください。

- 歯が痛い・しみる 歯茎が腫れた お口の中が乾きやすい
- お口にできものができた 入れ歯が壊れた・入れ歯の調子が悪い
- 顎の調子が悪い 歯を入れてほしい 歯茎の色（黒っぽい）が気になる
- 歯並びが気になる 詰め物が取れた（取れたもの：有・無）
- 歯石がありそう 歯の色が気になる お口の臭いが気になる
- その他（ _____ ）

3. 現在まで全身的な疾患で指摘・通院・治療をされていますか。

- 特にない 心臓疾患 腎臓疾患 肝臓疾患 糖尿病 骨粗鬆症
- 血液疾患（ _____ ） 高血圧症（最高血圧： _____ 最低血圧： _____）
- ぜんそく 甲状腺機能亢進症 貧血
- アレルギー疾患（花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・その他 _____）
- 飲まれている薬はありますか（無・有 _____）
- 薬や食べ物でアレルギーはありますか（無・有 _____）
- たばこを吸われますか（吸わない・やめた _____ 年前・吸っている 1日 _____ 本）
- 歯を抜いたとき、けがをしたときに血が止まりにくかった経験はありますか（無・有）
- 妊娠の可能性はありますか（無・有 妊娠 _____ カ月 or 予定日 _____ 月 _____ 日）
- 授乳中ですか（はい・いいえ） _____ 2枚目もあります。診察に必要ですのでご記入をお願いします。

歯科治療に関するご希望について

1. 次の①～5に関して、歯科治療を受けるに当たり、重視する優先順位をお伺いいたします。

- ① 耐 久 性 : 詰め物・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長く使えること
 - ② 見 た 目 : 治療を受けた部位が、自然に美しく見えること
 - ③ 再発のリスク : 治療した部位の病気が再発する可能性をできるだけ少なくすること
 - ④ 安 全 性 : 金属アレルギーになりにくいなど、お体にとって優しいこと
 - ⑤ 機 能 性 : 自然の歯のように、できるだけ違和感がなく噛めるようにすること
- *優先順に数字でご記入ください。 ()→()→()→()→()→()

2. 治療に関するご希望について、最もご希望に近いものを次の中から選び□に✓をつけてください。

なお、治療を受けていながらご希望が変わってゆくことがあることを私どもは経験上理解しております。

□上記の優先順位よりも、とにかく治療にかかる費用が少ない事が最も重要と考えている。

□費用は少ない方がよい。ただ、上記の内容も考えて必要に応じて治療の選択肢を示してもらえると助かる。

□費用（自費も含め）に関わらず、最善と思われる治療を提案して欲しい。

3. 次の項目のうち、該当する数字を()内をお願い致します。

1. 知っていた 2. 聞いたことはある 3. 知らなかった

- () 子供さんの治療の場合、すぐに治療に入らず「慣れ」からはじめてゆく方法が学問的に確立されている
- () 定期的に歯のお掃除に来ている方は、そうでない方よりも残存歯数が多いというデータがある
- () 歯の数が多く人ほど、他科も含めてその方の負担する医療費が少ないというデータがでている
- () サプリメント（健康食品）の中には、医薬品の効果に影響を及ぼすものがある
- () 歯科で出す薬と他の科の薬には、重複するものや作用に影響を与えあうものがある
- () 健康食品だけでは病気を治すことはできない
- () 歯科医院でも、サプリメントの相談ができる
- () 歯科医院でも、高濃度ビタミンC点滴を受けることが出来る

4. 治療の内容に関しまして、ご希望する項目に✓をお願いします（いくつでも結構です）

□とりあえず痛いところ・気になる部分だけ治したい

□やはり悪いところはより悪くなる前に何とかしたい

□他に悪い部位があれば、治療の必要性を含めて説明してもらえると助かる（する・しないは都度選択）

□仕事・進学・引っ越しなどで、通院できる時期にリミットがある

□1回の治療時間を短くしてほしい（回数よりも時間を重視）←歯医者が苦手なので短時間で、など

5. これまでの歯科治療（他院も含む）で、不安だった点がございましたら、✓・記入をお願いします。

□何をされるのかという説明がない

□自費も考えたかったのに勝手に保険にされた

□いきなり歯を削られた

□勝手に自費にされた

□健康食品の話をしたら「そんなもの効かない！」と一蹴された

□自分の話をあまり聞いてくれない

□子供が泣くとあからさまにいやな態度をとられた

□その他ご自由にお書きください {

ご協力いただきましたありがとうございます。診療に役立ててまいります。 }