

# 問診票

にはチェックを入れてください

(ふりがな) お名前 (男・女)	生年月日 (満 歳) 明・大・昭・平・令 年 月 日
ご住所 〒	電話番号 ( ) - ※携帯番号 (日中の連絡先として) ( ) -
ご職業・ご勤務先・学校名	

①どうなさいましたか (現在の症状・ご希望) 【複数可】	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐきが痛い (しみる・ズキズキ・かむと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> あごが痛い・音がなる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 銀歯を白い歯にしたい <input type="checkbox"/> 歯並び (矯正) の相談 <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> クリーニングがしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングがしたい <input type="checkbox"/> 治療相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )
②どこですか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 ( )
③いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
④痛みはどのような感じですか	<input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> 冷・熱いものを口に入れると痛い <input type="checkbox"/> 食事をすると痛い <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑤当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 知人・家族から紹介 (ご紹介者のお名前: ) 様 <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 (医療機関名: ) 紹介状: あり・なし <input type="checkbox"/> 医院前を歩いて <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑥現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ: <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中
⑦今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 mmHg最低血圧 mmHg) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 関節炎 (部位: ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) かかりつけ医院名:
⑧アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 食べ物・金属・薬: 品名 ( )
⑨現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 (血液をサラサラにする薬) <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※お薬手帳をご提出ください

裏面に続きます

⑩前回歯科治療を受けたのはいつですか	<input type="checkbox"/> 歯科治療は初めて <input type="checkbox"/> 他院（ 年 か月前） <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 特定健診・高齢者健診を受診した（ 月頃）
⑪抜歯や麻酔等で具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血・気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 効きづらかった
⑫予約についてのご希望があればご記入ください	来院できる曜日→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 来院できる時間帯→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前__時頃 <input type="checkbox"/> 午後__時頃 月 日までに治療を終えたい (ご希望に添えるとは限りません)
⑬その他ご希望・ご相談がありましたらご記入ください	

当院は診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？  はい  いいえ

## 診療アンケート

当医院では、患者様それぞれに応じた治療を行うためにアンケートを実施しております。  
ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。



優先順位の高い順に1~7の番号をつけてください。

( ) 治療の精度 ( ) 見た目 ( ) 治療期間 ( ) 無痛 ( ) 治療費



次の中から興味のある治療内容に○をつけてください。(複数回答可)

- ・むし歯治療 ・歯周病治療 ・インプラント治療 ・矯正治療 ・審美歯科治療
- ・ホワイトニング ・歯の神経の治療 ・入れ歯治療 ・顎関節症 ・かみ合わせ治療
- ・歯ぎしり・くいしばり

\*ご協力ありがとうございました。

このアンケートが皆様の治療に十分に活かせるよう、最大限の努力をしていきます。  
これからもよろしくお願いいたします。

すえのぶクローバー歯科医院スタッフ一同