

問診票

当院ではできる限り患者様のお身体の状態やご希望を事前に把握し、それぞれの患者さんに適した最善の治療を提供することを心がけています。そのため、お手数ですが事前に以下の問診票にお答えください。なお、個人情報につきましては当院にて厳密に管理いたします。

ふりがな	昭和・平成					
お名前	性別	男 / 女	生年 月日	年	月	日 () 歳
ご住所 〒	電話	() - () - ()				
	携帯	() - () - ()				
	メールアドレス	() @ ()				
	ご職業					
通院しやすい曜日 / 時間帯	月・火・水・木・金・土	午前	時ごろ・午後	時ごろ		

❖本日はどうなさいましたか？
(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 歯が欠けた
<input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み腫れ	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> よく噛めない
<input type="checkbox"/> 見た目を改善したい	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい	<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい
<input type="checkbox"/> インプラント相談	<input type="checkbox"/> 入れ歯の問題・新製	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
<input type="checkbox"/> 検診希望	<input type="checkbox"/> クリーニング希望	
<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた (取れたものはお持ちですか?)	はい / いいえ	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

❖それはいつごろから気になっていましたか？ () 日・ヶ月・年 () くらい前から

❖気になる部位はどちらですか？

<input type="checkbox"/> 右上奥	<input type="checkbox"/> 右上前	<input type="checkbox"/> 左上前	<input type="checkbox"/> 左上奥
<input type="checkbox"/> 右下奥	<input type="checkbox"/> 右下前	<input type="checkbox"/> 左下前	<input type="checkbox"/> 左下奥

❖前回歯科治療を受けられたのは？ (約) 年 () ヶ月前

❖歯科の麻酔や抜歯時に異常はありましたか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (あるとお答えの場合は以下へ)
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった
<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった	<input type="checkbox"/> その他 ()

❖内科的な病気や既往はありますか？

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (あるとお答えの場合は以下へ)
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ぜんそく
<input type="checkbox"/> 心疾患 (不整脈など)	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 (脳梗塞など)
<input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・その他)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

❖服用中のお薬はありますか？
お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (あるとお答えの場合は以下へ)
<input type="checkbox"/> 薬品名または病気名	() ()

裏面もご記入ください。

❖アレルギーはありますか？

ない ある（あるとお答えの場合は以下へ）

花粉症 薬剤（ ）

食べ物（ ） その他（ ）

❖タバコは吸いますか？

吸わない やめた（ ）年間吸って（ ）年前に禁煙

タバコを吸う（約 ）本/日

電子タバコを吸う（約 ）本/日

女性の方にお聞きします。

❖妊娠中ですか？

いいえ はい（現在妊娠（ ）ヶ月） 可能性がある

❖授乳中ですか？

いいえ はい（ ）

❖治療に関して優先度を3番目まで
数字でご記入ください

（ ） 回数が少ない・期間が短い

（ ） 品質が良く長持ち

（ ） 費用が安い

（ ） 1回の治療時間が短い

（ ） 見た目・審美性が良い

（ ） 強度が高い

（ ） その他（ ）

❖治療についてのご希望を教えてください。

保険適用範囲内での治療を希望

その都度、保険と自費の治療法について説明を受けたい

できるだけ良い材料・方法での治療を希望

お口全体の理想的な治療計画（トップダウントリートメント
デザイン®）を聞いてみたい

▶トップダウントリートメントデザイン®は院長が治療計画の立案および
コンサルテーションを行います。

▶別途分析料として¥10,000（税別）がかかりますが、治療に進んだ場合
は治療費から差し引かせていただきます。

❖当院をお選び頂いた理由を
お聞かせください。

外の看板を見て→（ ）職場が近い ・ （ ）自宅が近い

ホームページを見て

折り込みチラシ

ご家族・ご友人の紹介

*お礼をお伝えさせて頂きたいので差し支えなければお名前
を教えてください。

（紹介者のお名前： ）

❖最後に治療を受ける上でご要望などがございましたら、遠慮なくご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

 三軒茶屋マルオ歯科