

問診票

以下、ご確認・ご同意いただけましたらチェックをお願いします。

当院は診療情報を取得・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致します。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒		ご職業
TEL () ↑ご自宅・勤務先	通院しやすい曜日	月・火・水・木・金・土	
携帯TEL ()	通院しやすい時間帯	午前・午後 時頃	

① 本日は、どうなさいましたか？

★以下の該当するものすべてにチェックをお願い致します

- 虫歯がある 歯が痛い・しみる 歯が欠けた
- 歯がグラグラする 歯肉が痛い・腫れた 口臭が気になる 歯石をとりたい
- 金属の詰め物・かぶせ物を白くしたい 詰め物・かぶせものがとれた
- 入れ歯の調子が悪い 入れ歯を新しく作りたい
- インプラントに興味がある 歯の無い部分を治したい
- 舌・頬の粘膜が気になる 顎が痛い・口が開きづらい 噛み合わせがおかしい。噛みづらい
- 全体的な検査をしてほしい
- 歯並びが気になる 矯正治療を検討したい、興味がある
- ホワイトニングに興味がある 歯ぐきの色が気になる。黒ずんでいる

② 初診時の検査に関する以下の注意事項をご確認ください

当院では【一口腔一単位】の考えに基づき、局所に症状が限局しているような場合でも、口腔内全体の検査を実施しています。これはひとえに疾患や重要な所見の見落とし、「木を見て森を見ず」による誤った診断からの治療というのを防ぐためです。

不必要な検査は致しませんが、口腔内全体の検査を行うことにご同意いただける場合は
 同意します

引き続き、2枚目の記入をお願い致します。



③ 現在のお身体の状態についてお聞かせください

★今の健康状態はいかがでしょう？

良い 普通 良くない 通院中 妊娠中（ 月） 授乳中

※ 通院中に → 通院中の医療機関名（ ） 紹介状 有 無

★今の健康状態はいかがでしょう？

現在、処方されているお薬があれば以下に記載をお願い致します（薬剤名、用量、投薬期間など）

[]

★これまでにかかったことのある病気にチェックをお願い致します

肝炎（A型、B型、C型、アルコール性、その他） HIV（エイズ） 梅毒

糖尿病（HbA1cの数値： ） 高血圧 低血圧 貧血

心臓病（病名 ）※ペースメーカー、人工弁の設置 有・無

アレルギー ※薬・食品など具体的に（ ） 喘息 骨粗鬆症

脳梗塞 ガン 腎臓病 肝臓病 その他（ ）

④ これまでの歯科治療において、お身体に問題が起きたことはありますか？

ない

ある（気分が悪くなった・血が止まらなかった・気を失った・麻酔が効かなかった）

⑤ 生活習慣等についてお聞かせください

★おタバコは吸われますか？ はい（1日約 本） いいえ

★甘い食べ物・飲み物をよく摂る はい 具体的に（ ） いいえ

★歯磨きは1日何回行っていますか？ 平均（ ）回

★夜間の歯ぎしり等を自覚または指摘されたことがありますか？ はい いいえ

★現在、介護を必要とする家族がいますか？ はい いいえ

★健康診断（人間ドックなど）を受ける習慣はありますか？ はい いいえ

⑥ 当院をお選びになった理由を教えてください ※該当するもの全てに○

A. 自宅・職場が近くて便利だから B. 通りがかって C. ネットで検索して

D. 家族・知人の紹介 E. 良いという評判を聞いて F. その他（ ）

当院では、LINEによる『次回予約日時のお知らせサービス』を無料で行っています。

「うっかり予約日時を忘れてしまった」というようなことが極力無いように

是非、LINEのご登録をお願い致します。登録は極めて簡単です！！

なお、予約日時のお知らせ以外の情報配信等はございませんので、ご安心ください。



LINEでのお知らせを希望する

予約日時お知らせサービスを希望しない

問診票のご記入、ありがとうございました。

いただいた情報は、個人情報保護法に基づき 遵守致します。

