

問 診 票

最良の歯科医療をご提供するために必要となる事項ですので、できるだけ詳しくお書き下さるようご協力お願い申し上げます。

*** 太字は○，アンダーラインには文字や数字を書き込み下さい**

記入日 20 年 月 日

〒番号 -

ご自宅電話番号 -

ご住所

フリガナ ----- 職 業

お名前 ----- メ ー ル

性 別 **男 ・ 女** 携帯電話 -

生年月日 西暦 年 月 日 (現在 歳) 血液型 型 (RH+-)

お勤め先 電話番号 -

緊急連絡先 電話番号 -

当院からのご連絡先の優先順序 ☐ ご自宅 ☐ 携帯電話 ☐ お勤め先

当院を選んで下さった主な理由 **近い・パンフレットを見て・インターネットの HP を見て
紹介 (様) ・その他 ()**

もしご予約のお時間に来院されなかった場合 ☐ ご連絡を希望する ☐ ご連絡を希望しない

1. 来院の理由 (病状) をお教え下さい (できるだけ詳しくお書き下さい)

(回答例: 右上の奥歯が痛む、前歯の変色が気になる、全体的に歯ぐきが痛い、歯の健康診断、等...)

◎上記の理由についてお答え下さい (該当する項目を○で囲んで下さい)

- いつからですか? 日・週・月・年前から・生まれつき・わからない
○どの部位ですか? 前・奥・左・右・上・下・わからない
○現在痛みがありますか? ある・ない
・どの様なときに? 冷たいモノで・熱いモノで・噛んだ時
何もしなくても・その他 ()
・痛みの程度は? 違和感程度・中程度・重度

2. ご希望される治療を教えてください (複数回答可)

- ・虫歯 ・歯周病 ・入れ歯 ・矯正 ・歯の見た目の改善
・おやしらず ・歯の根の治療 ・口内炎など ・顎の関節 ・インプラント
・痛いところだけ ・必要なところすべて ・その他

3. 通院にご都合の良い曜日や時間帯をお教えください。 (複数回答可)

- ・特になし (または時期や曜日により異なり決まっていない)
・平日 (月・火・水・木・金) ・休日 (土・日・祝日)
・午前 (9:30~12:30) ・午後 (2:00~5:00) ・夜 (5:30~7:00)
・必要があれば (平日・夜・休日) にも通院は可能

4. ご希望される治療の費用についてお教え下さい。

- ・全て健康保険の適応内で治療を希望
・全て保険適応外治療 (治療費自費負担) を希望
・保険治療を基本として、部分的に自費負担を希望
・その他

*現在、ほとんど全ての歯科治療は保険で行うことができますが、より良い見た目の改善や最先端技術による治療は、保険適応外となります。詳しくは担当医にお尋ね下さい。

5. 全身状態についてお教え下さい

◎現在の健康状態はいかがですか？

「悪い」とお答え方へ。どのような状態ですか？

◎現在の身長と体重をお教え下さい

◎最近、急激な体重の増減がありましたか？

「はい」とお答えの方へ。どのように？

◎現在、病気で医師の診察を受けていますか？

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか？

◎今までに大きな病気をしたことがありますか？

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか？

◎以下の病気を現在かかっているまたは過去にかかった経験がありますか？（複数回答可）

- | | | | |
|------------|--------|------------------|--------------|
| ・糖尿病 | ・白血病 | ・肝炎（A・B・C・他____） | ・蓄膿症（副鼻腔炎など） |
| ・アトピー性皮膚炎 | ・結核 | ・悪性腫瘍（がん）_____ | ・心臓病 |
| ・金属アレルギー | ・骨粗鬆症 | ・性病（_____） | ・脳梗塞や脳溢血 |
| ・エイズ（AIDS） | ・更年期障害 | ・シェーグレン症候群 | |

◎現在、毎日お薬を飲んでいますか？（ビタミン剤なども含む）

「はい」とお答えの方へ。どの様なお薬ですか？

◎薬や食べ物にアレルギーはありますか？

「はい」とお答えの方へ。何に対してですか？

◎血が止まりづらかったことはありますか？

「はい」とお答えの方へ。どの様な時でしたか？

◎胃腸は強い方ですか？弱い方ですか？

◎女性の方にご質問します

○月経は規則正しくありますか？

○妊娠はしていますか？

○閉経はしていますか？

○ピルなどの避妊薬を飲まれていますか？

6. 生活習慣についてお教え下さい

◎喫煙習慣についてお聞きします

○たばこはお吸いになりますか？

「はい」とお答えの方へ。何本吸いますか？

「はい」とお答えの方へ。何年間吸っていますか？

「いいえ」とお答えの方へ。喫煙のご経験は？

「ある」とお答えの方へ。いつやめましたか？

○たばこはお口の健康に悪影響を及ぼすことをご存じですか？

○歯の治療上、禁煙が必要となった場合、やめられますか？

◎アルコールを毎日飲みますか？

「はい」とお答えの方へ。どのくらい飲みますか？

◎規則正しい生活をしていますか？

「いいえ」とお答えの方へ。理由があればお書きください。

良好・普通・悪い

_____cm _____kg

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

強い・普通・弱い

はい・いいえ

はい（_____週）・？・いいえ

はい（_____年前）・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

1日 _____本程度

_____年間

ある・ない

_____頃

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

はい・いいえ

7. あなたの歯または歯に対する知識についてお教え下さい

◎以下の歯科治療の中で、過去に経験のある治療は？（複数回答可）

- | | | | | | |
|-----------|------------|-----------|-----------|-------|--------|
| ・ 抜歯 | ・ 麻酔 | ・ つめもの | ・ かぶせもの | ・ 入れ歯 | ・ ブリッジ |
| ・ 顎の関節の治療 | ・ 矯正 | ・ 歯周病の治療 | ・ 歯ブラシの仕方 | | |
| ・ 歯石の除去 | ・ タバコのヤニ取り | ・ 歯の神経の除去 | ・ 歯の漂白 | | |
| ・ 歯周病の手術 | ・ インプラント | ・ その他 | | | |

◎歯ブラシはどの様にやってますか？

- | | |
|--|--------|
| ○一日何回行っていますか？ | _____回 |
| ○歯磨き粉は使いますか？ | はい・いいえ |
| ○糸（フロス）や歯間ブラシなどは使いますか？ | はい・いいえ |
| ◎「虫歯や歯周病は、自然治癒しない」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「虫歯や歯周病は、薬だけでは治らない」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「虫歯も歯周病もお口の中の細菌が原因」だにご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯周病の進行は知らないうちに進み、重症にならないと患者さんは気づかないことが多い」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯の治療には患者さんの適切な歯ブラシが必要」だとはご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「正しい歯ブラシは非常に難しく、また間違った歯ブラシは、かえって歯の健康を損ねる」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯磨き粉はどれもあまり意味がない」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「洗口剤はどれもあまり意味がない」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯は抜いたままにしておくと、歯並びが狂い、後の治療が大変」だにご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「口臭の原因のほとんどはお口の中に原因がある」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「顎関節の病気は、歯ぎしりや親不知などが原因」だにご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯は高価な材料や治療を行っても、管理が悪ければ直ぐにダメになる」ということをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯の再治療のほとんどの原因は、材料の寿命ではなく、歯やその周りの病気の再発が原因」だにご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯は管理さえ良ければ、お口の中で一生、機能させることができる」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯が悪いのは親からの遺伝だから仕方ないというのは間違い」だということ、ご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯周病は、糖尿病、循環器疾患（血管や心臓の病気）、肺炎、咽頭炎などの病気と関係がある」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「歯周病を持つ母親はそうでない母親より、7倍以上、早産により低体重児を出産している」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |
| ◎「出生時体重とその後の知能指数に関係がある」ことをご存じですか？ | はい・いいえ |

< 4 枚目 >につづく

担当医 _____ 年 月 日