

診療を受けられる方へ（問診表）

フリガナ
お名前 _____ 男 _____ 女 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____
(携帯番号等)

●当てはまる項目の□にチェックしてください

1. どうなさいましたか？（複数可）

- | | | | | |
|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------|
| ＜歯について＞ | <input type="checkbox"/> | 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> | 歯がしみる |
| | <input type="checkbox"/> | 歯に痛みがある | <input type="checkbox"/> | 歯が揺れている |
| | <input type="checkbox"/> | つめたものが取れた | <input type="checkbox"/> | 歯を抜きたい |
| ＜歯ぐきについて＞ | <input type="checkbox"/> | 歯ぐきから血が出る | <input type="checkbox"/> | はれている |
| | <input type="checkbox"/> | 歯ぐきに痛みがある | | |
| ＜その他＞ | <input type="checkbox"/> | 予防をしたい（定期検診をしたい） | | |
| | <input type="checkbox"/> | クリーニング | <input type="checkbox"/> | 入れ歯が合わない |
| | <input type="checkbox"/> | 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> | 歯の色が気になる |
| | <input type="checkbox"/> | インプラント | <input type="checkbox"/> | 口臭が気になる |
| | <input type="checkbox"/> | 成人検診から | <input type="checkbox"/> | 妊婦検診から |

その他上記以外（ _____ ）

2. 次のような病気に今までかかったことがある、または現在かかっていますか？

（複数可）

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | ない | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> | 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> | 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> | 喘息 |
| <input type="checkbox"/> | 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> | 血液の病気 | <input type="checkbox"/> | 高血圧 | <input type="checkbox"/> | 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> | リュウマチ | <input type="checkbox"/> | てんかん症 | <input type="checkbox"/> | メタボリックシンドローム | | |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） | | | | | | |

*病気にチェックされた方は病名が解れば記入してください

（ _____ ）

3. 次のような感染症に今までかかったことがありますか？

（患者様自身、および他の患者様の治療を安全に行うためにお答えください）

- | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | B型肝炎 | <input type="checkbox"/> | C型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> | HIV（エイズ） | <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） | | |

4. 薬や食べ物、その他のアレルギー（金属/花粉症/アトピーなど）はありますか？

- | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | ない | <input type="checkbox"/> | ある（ _____ ） |
|--------------------------|----|--------------------------|-------------|

*尚、この問診表は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。（あかり歯科）

5. 現在、他科の病院にかかっていますか？
 ない ある (医院名)
6. 現在、飲んでいる薬はありますか？ (薬手帳などありましたら見せてください)
 ない ある ()
7. 骨粗しょう症の薬を飲んでいますか？
 ない ある ()
8. 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか？または出産後授乳中ですか？
(女性の方のみお答えください)
 ない ある 授乳中
9. 歯の治療で気分が悪くなった事や不安な事がありますか？
気分悪くなった事 ない ある (どんな時？)
不安な事 ()
10. 職業は何ですか？ (お子様の場合は保育園、幼稚園、小学？年生などと記載)
()
11. 家族構成(一緒に住まわれている方)を記載してください()
12. 治療についてのご希望をお聞かせください。
 出来るだけ治療にかかる費用を少なくしたい。
(保険の範囲内での治療を希望)
 費用は少ない方がいいが、見た目や、咬みやすさ、身体への安全性
などの事も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けた上で治療法を
検討したい。
 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい。
13. 通院しやすい曜日や時間帯がありましたら記入してください 例：火、水曜日の午後など
()
14. メールアドレスを教えてください (@)
*予約確認メールを送らせていただく際に使用させていただきます。確認のとりやすいアドレス (携帯
メールなど) を記載してください。お子様の場合はご両親のアドレスを記載してください。
15. 当院に来院された経緯を教えてください。
 前を通りかかって 紹介されて (ご紹介者)
 家族が通っている (ご家族の氏名)
 ホームページをみて 歯ブラシセミナー、妊婦セミナーを受けて
 当院のチラシを見て インスタグラムなどのSNS その他
*尚、この問診表は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。(あかり歯科)