

# 問 診 票

受付日

年 月 日

No.

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
お名前		ご年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
ご住所	〒 -	電話番号	※ご希望連絡先に✓をお願いします <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話			

該当する項目に☑をつけてお答えください（複数回答可）

## 1 前回の歯科受診はいつですか？

- 年 月ごろ（当院 他院） 覚えていない  
今まで歯科に行っていない 治療中で中断している

## 2 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い どのように痛みますか？

何もしなくても痛い  
たまに痛い かむと痛い  
しみる（冷たい、あたたかい、甘いものなど）  
その他（ ）
- つめもの、かぶせものが取れた 入れ歯が合わない・作りたい  
歯が欠けた あごが痛い  
歯のクリーニングがしたい 口臭が気になる  
歯ぐきが痛い・腫れた その他（ ）  
歯ぐきから出血する・膿が出る
- 見た目が気になる 具体的に

歯ならびが気になる  
ホワイトニングに興味がある  
白いかぶせもの、詰め物を入れたい

## 3 どこが気になりますか？

- 右上奥歯 上の前歯 左上奥歯  
右下奥歯 下の前歯 左下奥歯  
全体 その他（ ）

## 4 いつから気になりますか？

- 今日から （ ）日前から （ ）週間前から  
（ ）か月前から わからない

## 5 治療についてのご希望はおありですか？

- 悪いところは全部なおしたい その他  
痛みのあるところだけ治療したい  
主治医と相談して決めたい  
保険内の治療がよい  
自由診療についても検討したい
- 当院での治療やスタッフに対する希望はもちろん、今までのご経験でお辛かったことや苦手な処置などおありでしたら遠慮なくお書きください。

お手数をおかけいたしますが裏面にもご記入をお願いいたします

6 次の病気にかかったことはありますか？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧（血圧 / ）                         | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症            |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病（HbA1c %）                       | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（がん）        |
| <input type="checkbox"/> 心疾患（心筋梗塞、狭心症など）                    | <input type="checkbox"/> ぜんそく            |
| <input type="checkbox"/> 肝疾患                                | <input type="checkbox"/> リウマチ性疾患         |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 | <input type="checkbox"/> 血液疾患            |
| <input type="checkbox"/> その他（                          ）    | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（バセドウ氏病など） |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患                                | <input type="checkbox"/> HIV             |
| <input type="checkbox"/> 消化器疾患                              | <input type="checkbox"/> 梅毒              |
| <input type="checkbox"/> その他（                          ）    | <input type="checkbox"/> 結核              |

7 現在、他の医療機関で処方されているお薬はありますか？

- なし
- あり（病院名：                          お薬の名前：                          ）
- ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示をお願いいたします

8 お薬などへのアレルギーはありますか？

- なし     あり……具体的なアレルゲンを教えてください
- お薬                          （                          ）
- 食べ物                        （                          ）
- その他                        （                          ）

9 女性の方にお伺いします

- 妊娠中（妊娠 週目）     妊娠の可能性あり     授乳中     不妊治療中

10 歯科治療で異常はありましたか？

- なし     あり……その時の状態をお選びください
- 麻酔で気分が悪くなった     麻酔が効きにくかった
- 発熱                                   出血が止まらなかった
- アレルギーが出た
- その他（                          ）

11 来院されたきっかけを教えてください

- 看板を見て     ご家族が通院している（                          様 続柄：                          ）
- お知り合いからのご紹介（                          様）
- 他院様からのご紹介
- Webから（     当院HP     Medical DOC     EPARK     SNS     その他    ）
- 折り込みチラシ
- その他（                          ）

12 マイナ保険証による診療情報取得にご同意されますか？

- はい                           いいえ

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いたします

ご協力ありがとうございました。  
ご記入が終わりましたら受付にお出してください。

