



本日はご来院いただきましてありがとうございます。

当院では患者さんを理解し、患者さんと共に考え、より良い治療を提供して参りたいと願っています。診療上必要な情報を頂くために、問診票へのご協力をお願いいたします。また、ご不明な点などがございましたら、お気軽にお問い合わせください。

■記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)

■ ご氏名 : \_\_\_\_\_ (男・女)

■生年月日：(明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

■ご自宅住所

〒 \_\_\_\_\_

■ご勤務先住所（差し支えなければご記入下さい）

〒 \_\_\_\_\_

■ご連絡先の電話番号（ご連絡させていただく際の連絡先に○をつけて下さい）

ご自宅 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

携帯 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ご勤務先 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ (差し支えなければご記入下さい)

■ご紹介者： 無 ・ 有（ご紹介者名： \_\_\_\_\_）

■当院からのお知らせ

◎当院では、割引キャンペーンに関する特典のご案内やお口の健康増進にあたっての豆知識を配信しています（月2回程度）。この機会に是非、ご登録されることをお勧めします。

(PC・スマートフォン・携帯)

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

◎当院では、治療をスムーズに終えて頂くために、他の患者さんにキャンセルが出た際にその枠に予約を早めてお取りできるシステムをとり入れています。ご希望がございましたらお知らせのご連絡をさせて頂いておりますがいかがでしょうか？

希望する 希望しない

【1】気になる症状やご相談したいことはどのようなことですか？ 当てはまる項目全てに☑をして下さい

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い             | <input type="checkbox"/> インプラント治療の相談を希望      |
| <input type="checkbox"/> つめもの・被せものがとれた    | <input type="checkbox"/> 歯の検診をしたい            |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い      | <input type="checkbox"/> 歯の着色を除去したい          |
| <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらとしてきた      | <input type="checkbox"/> ホワイトニングを希望（歯を白くしたい） |
| <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい          | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる（美しく整えたい）   |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている・血が出る   |  |
| <input type="checkbox"/> アゴが痛い・音がする・開きにくい |  |
| <input type="checkbox"/> 噛み合わせが気になる       |  |
| <input type="checkbox"/> 舌や口のなかに違和感がある    |  |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる          |  |
| <input type="checkbox"/> 口が渇く             |  |

<input type="checkbox"/> その他：項目以外の気になる症状やご相談内容
--

【2】お身体の状態についてお尋ねします

■ 今までに大きな病気、または入院したことがありますか？

はい

- ①病名は何でしたか？（ ）
- ②いつ頃でしたか？（ ）
- ③現在はいかがですか？（ ）

いいえ

■ 過去から現在に至るまでに、下記の病気に罹ったことはありますか？

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓系疾患（ ）  | <input type="checkbox"/> 泌尿器系疾患（ ） |
| <input type="checkbox"/> 消化器系疾患（ ） | <input type="checkbox"/> 皮膚科系疾患（ ） |
| <input type="checkbox"/> 血管系疾患（ ）  | <input type="checkbox"/> 肝炎（ ）     |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患（ ）   | <input type="checkbox"/> 血圧（ ）     |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）    | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ ）    |

■ 通院状況についてお伺いします

①現在、他の病院に通院中ですか？

- はい（病名： ）（病院名： ）
- いいえ

②過去1年以内に病院を受診しましたか？

- はい（病名： ）  いいえ

③現在、服用しているお薬はありますか？

- はい（薬品名： ）  いいえ

【3】アレルギーの有無についてお伺いします。下記のアレルギーがありましたら記入して下さい

- 薬物アレルギー（薬品名： \_\_\_\_\_ )
- 植物アレルギー（種類： \_\_\_\_\_ )
- 食べ物アレルギー（食品名： \_\_\_\_\_ )
- ハウスダスト
- その他（ \_\_\_\_\_ )

【4】過去の歯科治療についてお伺いします

- ① 最後に受診したのはいつごろでしたか？ ( \_\_\_\_\_ )
- ② 歯科治療で麻酔をしたことはありますか？ ( はい / いいえ )
  - ・『はい』に回答された方は、麻酔の際に異常はありましたか？ ( はい / いいえ )
  - ・『はい』に回答された方、その時、どのような状態になりましたか？

【5】過去に歯を抜いたことはありますか？ ( はい / いいえ )

- ・『はい』に回答された方、その時、血は止まりましたか？ ( はい / いいえ )
- ・『いいえ』に回答された方は、その時の状況をお聴かせください

【6】過去における歯科治療で、嫌な体験をされたことはありましたか？ ( はい / いいえ )

『はい』に回答された方、差し支えなければ内容をお聴かせいただけますか？

【7】治療に関するご希望をお聴かせ下さい（複数回答可）

- 今、困っている個所のみを治療を希望する
- 悪いところは相談の上、治していきたい
- 歯周病予防も含めて考えたい
- 保険治療のみを希望する
- 保険・自費を問わず、最善の方法で治していきたい（治療法・費用の詳細は事前にご説明します）
- 説明はじっくりと聴きたい
- 説明にはあまり時間をかけて欲しくない
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

【8】喫煙についてお伺いします。日ごろ、タバコは吸われますか？ (□はい / □いいえ)  
『はい』に回答した方、一日何本くらいのタバコを吸いますか？ 1日約 ( ) 本  
いつ頃から ( )

【9】お口の中は敏感です。体調や気分の変化によって、お口の中の痛みや違和感も変わります。  
無理なく快適に治療を進めていくために、現在の状況をお聴かせ下さい。

◆最近2～3カ月の状況で、当てはまる項目全てにして下さい。

睡眠状態が悪くなった (眠れない・寝た気がしない・夢をよく見る・睡眠中目が覚めるなど)

食欲がなくなったと感じる

意欲や集中力が低下してきたと感じる

(新聞やテレビを見ている内容が頭に入らなかったり、何をするにも億劫と感じる)

緊張して汗をかいたり、震えることがある

何かをする際には、焦ってしまい、混乱することもある

大きな音などに反応し、時折、身体が震えたり、すくんだりすることがある

戸じまりや火の始末は気になり、何度も確認することがよくある

時折、息苦しくなることがある

病気や症状のことが心配で、気になると頭から離れない

何か恐ろしいことが頭に浮かぶことがある

些細なことでも腹が立ち、イライラすることが多くなった

痛みには敏感になってきた

何らかの症状が出現してきた (症状 : )

慢性的な病気がある (病名 : )

【10】女性の方にお伺いします。

現在、妊娠されていらっしゃいますか？

はい (妊娠 ) カ月) / いいえ

【その他】

不安なことやご心配されていらっしゃる事、ご要望などがありましたら、是非、お聴かせください

