

問診票 ～症状などについてのご質問～

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成
		男・女	年 月 日	(才)
ご住所	〒 ご連絡先 (- -)			
	メールアドレス @			
勤務先	職業	職種	ご住所	
	社名・学校名 ご連絡先 (- -)			

当院をお選びいただいた理由は？

- 家が近い 職場が近い インターネットで (ホームページ・携帯・その他)
看板を見て 知人の紹介 (お名前) その他 ()

どうなさいましたか

- 歯が痛い 歯肉が痛い 詰物がとれた 歯を入りたい 歯の清掃をしたい
歯を白くしたい 検査をしたい 歯並びをなおしたい その他 ()

どこが痛みますか

- 前上 上右奥 上左奥 前下 下右奥 下左奥 その他 ()

痛みはいつからですか 今日から () 日前から ずっと前から 時々

健診及び健康状態について 健康診断を受けていますか (はい いいえ)

- 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 肺機能 高血圧 (/ mm Hg)
その他 () 特になし

かかりつけや通院中の病院は？ ない ある (病院名)

薬を飲んでいますか いいえ はい (薬の名前・種類)

妊娠していますか (女性の方) いいえ はい (ヶ月) 可能性がある

アレルギーはありますか いいえ はい (ヨードアレルギー いいえ はい)

歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか

- ない 血がとまりにくかった 貧血が起こった 気分が悪くなった
痛みが続いた 熱が出た その他 ()

お口の中で他に気になる場所はありますか？

- 口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石 歯や歯茎がしみる 歯茎が赤い 歯茎のはれ
時々出血する 歯ぎしり 歯の色 (黄ばみ・黒ずみ) 歯のすき間 歯並び
歯の形 歯ぐきの色 歯ぐきの形 かぶせたものの色や形

ご質問・ご希望等がございましたらご記入ください (都合の良い曜日・時間など)

Ⅰ 歯の治療についてⅠ

1. 治療の際、重視される順番を []内に数字でご記入ください。
(記入例 耐久性 ⇒[①] 再発リスク ⇒[④] 審美性 ⇒[③] など)

耐久性：装着する詰め物・かぶせ物・入れ歯などができるだけ長くもつこと ⇒[]

再発リスク：治療した箇所が再発する可能性をできるだけ低くすること ⇒[]

審美性：自然に美しく見えること ⇒[]

機能性：天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること ⇒[]

安全性：金属アレルギーなどになりやすく身体にとってできるだけ安全であること ⇒[]

2. 治療にあたって希望される項目は？

- A. とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
- B. 費用はできるだけ少ない方がいいが、前問の項目も考慮して治療方法を検討したい
- C. 自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい

Ⅰ ご自分のお口についてⅠ

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ ⇒ 現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. ご自分の歯を残すために、定期健診やお口の中のメンテナンス
(クリーニング・PMTC・フッ素塗布など)を受けたいと思われますか？

はい いいえ ⇒ その理由は？_____

4. 虫歯・歯周病の原因や予防法について知っていますか？

はい いいえ わからないので説明して欲しい

5. ホワイトニング(歯を白くする)に興味がありますか？

ある ない わからないので説明して欲しい

6. 歯科受診はいつぶりですか？ _____