

問診票

No. _____

_____年 _____月 _____日

(フリガナ)				〒	—		
氏名				住所			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	男・女	Tel
							自宅 携帯
職業		勤務先/学校名			既婚・未婚	E-mail	

- 1、当院をどのようにしてお知りになりましたか
- () 家族からの紹介 () 知人からの紹介 () 近所・通りがかり
- () インターネット () その他 ()

*ご紹介いただいた方がおられましたら
お名前をご記入ください

- 2、いかがなさいましたか？ <複数可>
- () 歯が痛む () 虫歯がある () 詰め物・被せがとれた
- () 歯ぐきが痛む、腫れた () 入れ歯の具合が悪い () 歯のない所を治したい
- () 検診、歯石を取りたい () 見た目が気になる () 顎の具合が悪い
- () その他 ()

- 3、一番気になる場所はどちらですか？
- () 右上の奥歯 () 上の前歯 () 左上の奥歯
- () 右下の奥歯 () 下の前歯 () 左下の奥歯
- () その他 ()

- 4、今回の治療についてお伺いします
- 治すところについて () 悪い所は全部
- () 相談して決めたい
- () 現在の痛い歯だけ治したい

- 5、治療時間に関する希望をお聞かせください
- () 1回の治療時間を短くしてほしい
- () 1回の治療時間を長くしてほしい

- 6、都合のよい通院時間をお聞かせください

	月	火	水	木	金	土	日
AM				/			
PM				/			/

- () いつでも予約できる

- 7、今までに治療などで、何か異常や不都合はありましたか？
- () 特にない
- () 気分が悪くなった () 血がなかなか止まらなかった
- () 貧血をおこした () じんましんがでた
- () 麻酔が効きにくかった () 吐き気、めまいが出た
- () その他 ()

《 裏面に続く 》

8、以下の病気などで過去または現在診察を受けていますか？

() 糖尿病 () 関節リウマチ () 感染性心内膜炎 () HIV

() 心不全 () 不整脈 () 脳血管障害

→血液がサラサラになるお薬を服用していますか？ 服用している 服用していない

() 骨粗鬆症

→骨吸収抑制薬を服用していますか？ 服用している 服用していない

() 高血圧 () ぜんそく () 腎臓病 () 肝臓病

() 感染症 (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 結核)

() アレルギー アレルギー物質 症状

() 妊娠している (ヶ月)

() その他の病気

病名

薬品名

服用薬剤 (あり ・ なし)

当院では歯科治療を安心安全に進めていくためにかかりつけ医師に3ヶ月に1度服薬状況などの情報共有を行っております。かかりつけ医療機関のある方は以下のご記入をお願いします。

情報共有にご同意いただけますか？ (はい ・ いいえ)

医療機関名 担当医

9、次の中であてはまる場所はありますか？

() 喫煙している () 更年期

() ストレスがある (+ ・ ++)

10、現在までの歯科医院への通院についてお伺いします

最後に通院されたのはどれくらい前になりますか 年 ヶ月前

矯正治療を受けていましたか () はい () いいえ
 年 ヶ月前まで

11、その他ご希望や疑問、お話ししたいことがありましたらご記入ください (例：怖がりである など)

[]

代筆者氏名

* 記入していただいた情報は診療目的以外には使用いたしません

お口の健康アンケート						
<p>歯・口の中・義歯・かぶせ物などが原因で、下記のようなことが現在どの程度生じていますか？</p> <p>全ての設問に対し、一番近いと思う項目に必ず○をつけて下さい。</p> <p>[14項目全てお答えいただき、無回答のままにはしないで下さい]</p>						
		全くない	ほとんど ない	時々ある	よくある	いつも
① 食べ物が噛みづらい						
② 食べ物がはさまったり、ひっかかる						
③ 熱いものや冷たいもので歯がしみる						
④ 口の中にさわると痛むところがある						
⑤ 歯科的な問題で、悩んだり不安を感じる						
⑥ 歯科的な問題でみじめな気持ちになる						
⑦ 話し方が不明瞭になった						
⑧ 特定の食品を避けなければならない						
⑨ 眠りを妨げられることがある						
⑩ ゆうつになることがある						
⑪ 配偶者や家族に対して寛容でないことがある						
⑫ 周囲の人に対しイライラする						
⑬ 経済的な損失が生じた						
⑭ 日常生活を不満足と感じる						
		0	1	2	3	4
※医院記入欄						

Patient's Preference

English version

優先順位
priority

Duration

一般的に余裕があったほうが良いものがつくれます

最短
minimum



必要であれば制約なし
no limitation, if necessary

Cost

一般的に費用をかけたほうが良いものがつくれます

最安
lowest



必要であれば制約なし
no limitation, if necessary

Discomfort

必要に応じて受け入れていただけるほうが良い治療ができます

全くなしで
not at all



必要であれば受け入れる
Accept, if necessary

Chewing function

高機能を追求するほど製作は難しくなります

天然歯と同等
as well as natural teeth



妥協的最低限
compromised /poor

Esthetics

高い審美性を追求するほど製作は難しくなります

理想的
ideal



妥協的最低限
compromised /poor

書き方

治療の優先順位

優先順位

短い治療期間

一般的に余裕があったほうが良いものがつくれます

1

安い費用

一般的に費用をかけたほうが制約なく良いものが作れます

2

不快の回避

痛み/腫れ/煩わしさなどはある程度受け入れていただけるほうが治療がはかどります

3

噛みやすさ

高機能を追求するほど製作は難しくなります

4

見た目

高い審美性を追求するほど製作は難しくなります

5

① あなたが希望する治療の優先順位をつけてください。

患者用

最短

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

全くなし

最安

0 1 2 3 4 5 6 7

② それぞれの項目で、どれくらいの程度を望まれるか？○をつけてください。

全くなしで

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 必要であれば受け入れる

天然歯と同等

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 妥協的最低限

理想的

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 妥協的最低限

総得点