

問診表

年 月 日

(フリガナ) お名前	男・女 明・大・昭・平	年	月	血液型	日生	才
〒 自宅住所	自宅電話	()				
	携帯番号	()				
緊急連絡先 (必ずご記入下さい)	Tel ()	予約の確認及び変更等のご連絡に 使用させていただきます。				
仕事先名 () 住所	職業	Tel		()		
世帯主名 (又は保護者)	職業	連絡先				
通院に便利な 曜日と時間帯	月	火	水	木	金	土
当医院をどのようにして () 知りましたか？						
紹介者のお名前 (姓名)			ご紹介者にお礼のハガキを送ってもよろしいですか？ はい ・ いいえ			
ご家族で通われている方はいらっしゃいますか？			はい ・ いいえ ↳ お名前			

※コンピューターの音声での予約時間を前日にお知らせしています。必要でない方は、受付までお申し付け下さい。

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。以下、該当するものを○で囲んで下さい。当クリニックではあなたの健康を保持するためにお役に立ちたいと考えています。その上であなたの痛みや不都合な点を改善するのみならず、ものを噛み消化して食事を楽しむ能力を獲得し、美しい笑顔を見せられるようになって頂きたいと思っております。

1. 今一番お困りな点は何ですか？ ・痛い ・はれた ・虫歯 ・しみる ・見た目 ・入れ歯

左上	上前	右上	・かみにくい ・はずれた ・その他 _____
左下	下前	右下	

いつ頃からですか？ ()
2. 歯を抜いたことがありますか？ ・ある ・ない
3. ある方は、その時異常がありましたか？ ・気分が悪くなった ・血が止まりにくかった
 ・麻酔が効きにくい ・その他 _____ ・いいえ
4. 次の病気をしたことがありますか？ ・結核 ・心臓や血管の病気 ・糖尿病 ・肝臓病 () 型
 ・腎臓病 ・高血圧 ・貧血 ・その他 _____
5. あなたの体に合わない薬がありますか？ ・はい ・いいえ
 ↳ ・ペニシリン ・麻酔薬 ・痛み止め ・アスピリン
 ・その他 _____
6. えづきやすいですか？ ・はい ・いいえ
7. 現在飲んでいる薬はありますか？ ・はい ・いいえ はいと答えた方(薬品名) _____
8. 女性の方へ、現在妊娠中もしくはその可能性がありますか？ ・はい ・いいえ
9. かかりつけの医師 内科 (整形) 外科 耳鼻科
 又は病院名は？ 小児科 産婦人科 他

※裏面もございます ↘

ダイヤモンドスマイル チェックシート

あなたは次のどのことが気になりますか。チェックして下さい。

清潔さ

- 歯のよごれ ヤニ 歯石 口臭
 歯茎が赤い 腫れている 時々出血する

美しさ

- 歯の色 歯の形 歯の隙間 かぶせた物の色
 かぶせた物の形 歯茎の色 歯茎の形

歯の並び

- 全体の並びが悪い 上の歯が出ている 下の歯が出ている
 かみ合わない 笑った時の歯と歯茎の見え方

歯科の治療にはいろいろな選択肢があります。下記の項目は、治療方法を決定する上でどれも大事な要素です。全てを満たすことが理想です。しかし、材料や技術的な制限があります。出来る限り要望にお答えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をつけて下さい。

A. 美しさ

きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯と分らない歯。

B. 噛む能力

自然な歯と同じように噛める。

C. 安全性

金属アレルギーや歯茎の変色。糖尿病や心臓疾患、脳卒中など。

D. 丈夫さ

作製した歯が長く保つ。壊れない。外れない。

E. 再び悪化しにくい

虫歯や歯周病の再発を出来るだけ防ぐ。

F. 快適さ

口の中で違和感を出来るだけ感じない。

順位 A～F

1位→

2位→

3位→

4位→

5位→

6位→

治療の方法についてご希望を伺います。以下の項目をチェックして下さい。

- A. 上記の項目より、保険内で治療出来ることを優先したい。
 B. 出来るだけ保険を使い、上記の項目を満たすなら自費治療についても詳しい説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。
 C. 出来る限り上記の項目を多く満たす最善の方法を説明と費用を聞いた上で、自分で治療法を選択したい。