

問 診 票

Medical Questionnaire

該当する項目に✓をおねがいします

ご記入日 年 月 日

基本情報

フリガナ _____
お名前

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

連絡先
携帯 _____ - _____ - _____

自宅 _____ - _____ - _____
メール (任意)

15歳以下の方 _____ 保・幼・小・中
在籍

住所 〒 _____ - _____

本日のご来院理由

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 検診・クリーニング | ☐ 学校検診の用紙 | ☐ 見た目改善 |
| ☐ 痛い・噛めない | ☐ 成人歯科健診 | ☐ セラミック補綴相談 |
| ☐ しみる・知覚過敏 | ☐ 妊婦歯科健診 | ☐ インプラント相談 |
| ☐ 被せ物・つめ物とれた | ☐ 長寿すこやか健診 | ☐ マウスピース矯正相談 |
| ☐ 歯ぐきの腫れ・出血 | ☐ 口腔機能発達不全 | ☐ ホワイティング相談 |
| ☐ 義歯の調子がわるい | ☐ 口腔機能低下症 | ☐ セカンドオピニオン |
| ☐ その他 [_____] | | |

いつから

- ☐ 本日
☐ 数日前
☐ 1週間以上前

痛みの強さ

- ☐ 強い
☐ 我慢できる
☐ 弱い

現在の痛み

- ☐ ある
☐ ない

検査について

診断のため、必要に応じてレントゲン撮影を行います
※症状によりCT撮影をご提案する場合があります

- ☐ 同意する
☐ 事前に説明を希望する

診療方針のご希望

- ☐ 応急処置のみを希望
☐ 主訴のみの治療を希望
☐ 保険内で全体を治したい
☐ 自費診療の説明も聞きたい
☐ 相談して決めたい
☐ その他 [_____]

治療・ケアのご希望

- ☐ 予防をしっかりしたい
☐ 詳しく口腔内検査をしたい
☐ 口腔内画像を見てみたい
☐ 審美性を求めたい
☐ 特に希望なし
☐ その他 [_____]

治療時の配慮について(重要)

- ☐ 治療に不安や恐怖心がある
☐ 過去の治療でトラウマがある
☐ 痛みに敏感・不安がある
☐ 麻酔は使用してほしい
☐ 麻酔はできるだけ控えてほしい
☐ めまいや気分不良が起きやすい
☐ 過呼吸になったことがある
☐ チェアを倒しすぎないでほしい
☐ 嘔吐反射が出やすい
☐ 口が開きにくい
☐ 耳が聞こえにくい (左・右)
☐ フッ化物の使用は避けたい
☐ 特になし

治療時の安全確認について (重要)

- ☐ 現在治療中の病気や体調面に不安がある
☐ 過去に大きな手術・入院したことがある
☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 がある
☐ 血液をサラサラにする薬を使用している
☐ 抜歯後に血が止まりにくかったことがある
☐ 骨粗しょう症のお薬を使用している
☐ 外科処置で強く腫れたことがある
☐ 麻酔で気分がわるくなったことがある
☐ 動悸 ☐ 気分不良 ☐ 蕁麻疹 ☐ その他
☐ アレルギーがある
☐ 薬 ☐ ゴム製品 ☐ 金属 ☐ 食品 ☐ その他
☐ 感染症がある[肝炎・HIV など]
☐ 妊娠中・可能性がある

ご興味はありますか

- ☐ インプラント ☐ 口腔機能改善
☐ マウスピース矯正 ☐ 唾液検査
☐ ホワイティング ☐ 姿勢改善

ご来院のきっかけ

- ☐ ご紹介者家族・知人 [_____]
☐ Google ☐ PC/スマホ検索
☐ その他 [_____]



※上記の項目に該当される方は安全な診療のために詳細をうかがう別紙の問診票へのご記入をお願いすることもあります