問 診 票
～病状などについてのご質問～

ステップ1

初診日	平成　年　月　日

ふりがな		**性別**	男	**生年月日**	明治・大正・昭和・平成
お名前			女		年　月　日（　才）
ご住所	〒				**電話番号**（　－　－　） **携帯電話**（　－　－　）
勤務先	**社名**	**ご住所**			**電話番号**（　－　－　）

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください（複数回答可）	□知人の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様） □看板をみて　□家の近くだから　□職場の近くだから □ホームページを見て　□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　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の清掃をして欲しい □歯並びをなおしたい　□その他（　）
どこが痛みますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
痛みはいつからですか	□今日はじめて　□（　）日前から　□ずっと前から　□時々
お口以外の健康状態はいかがですか？	□良好　□普通　□調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気をしたことはありますか	□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□その他（　） □肝炎（□A型　□B型　□C型）　□HIV　□骨粗鬆症 □高血圧（最高血圧　最低血圧　）□特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	□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）	□いいえ　□可能性はある　□はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（いつ磨きますか？　朝・昼・夜　）
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）　□以前吸っていた（　年前）　□吸わない
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
今回の治療について	□悪いところは全部なおしたい　□痛いところだけでよい
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	（下表）

	月	火	水	木	金	土	日
午前				休			休
午後				診			診
17:00以降				日			

氏名
カルテ No.

ステップ2

治療に関するご希望確認アンケート

ア 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

① 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）

② 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること（再発リスク）

③ 自然に美しく見えること（審美性）

④ 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること（機能性）

⑤ 金属アレルギーなどになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）

①～⑤の番号でお答えください

最も重要なのは？　→　（　　　　）

２番目に重要なのは？　→　（　　　　）

イ 下記Ａ～Ｃより該当するものをひとつお選びください。

A. 前問 ア の①～⑤の項目より、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. 費用は少ないほうがいいが、前問 ア の①～⑤の項目も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい

C. 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい