

# 問 診 票 ( 初 診 )

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 職業 \_\_\_\_\_

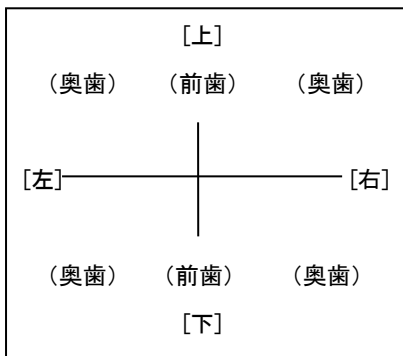
住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

(クリニックからのお知らせ、インターネット予約案内、歯の豆知識など役立つ情報をお届けの配信等に利用させていただきます)  
ご提供いただいた情報は、当医院の個人情報保護方針に基づき歯科診療を目的としてのみ使用し厳密に保管管理致します。

以下の項目についてご記入をお願いいたします。また ( ) の中はあてはまる項目に○を入れてください。

■ ↓気になる部分に印をつけてください



本日はどうなさいましたか？

それはいつ頃からですか？きっかけはありましたか？

これまで歯を抜いたことは(ある・ない)

麻酔で症状が出たことはありますか？(いいえ・はい→症状 \_\_\_\_\_)

■ 全身状態についてお伺いします

- 現在の健康状態は(良好・まあまあ・どちらかというと不良・不良)
- 睡眠時間は \_\_\_\_\_ 時間      - ストレスは(感じている・ほどほど・感じていない)
- これまで大きな病気にかかったことはありますか？(なし    脳血管疾患    心筋梗塞・狭心症    糖尿病    高血圧  
(発症時期：西暦\_\_\_\_\_年頃)      感染症(肝炎・結核・HIV・他\_\_\_\_\_)  
癌(良性・悪性    部位 \_\_\_\_\_)    ぜんそく    精神疾患  
他 \_\_\_\_\_)

※内服中ですか？□ はい □ いいえ → はいの方はお薬手帳を受付にご提示いただきますようお願い致します。(治療上必要の為)

- アレルギーはありますか？(いいえ・はい →何に対して？ 薬物・食物・花粉 →詳細 \_\_\_\_\_)

■ <女性の方へ>妊娠の可能性はありますか？(いいえ・はい → 妊娠\_\_\_\_\_週目・不確定)

授乳中のお子様はいらっしゃいますか？(いいえ・はい → お子様\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月)

■ タバコを(吸っている・吸っていた・吸っていない) 吸っている方・吸っていた方へ → \_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳    1日 \_\_\_\_\_本

■ 治療に関するご要望がございましたらご記入ください。

■ 今までで歯科医院で定期的に歯のクリーニングやフッ素は受けていますか？(はい・いいえ)

■ 最後に歯科医院に来院したのはいつ頃でしたか？(半年以内・1年以内・1~2年・それ以上)

■ 当医院は全ての患者様にむし歯のリスク検査を行っていただいております。ご理解いただけますでしょうか？

(是非行いたい・説明を聞いてから・あまりやりたくない・やりたくない)

■ 領収書、診療明細書は必要ですか？ 領収書(必要・不要) 診療明細書(必要・不要)

☆裏面のご記入もよろしくお願ひします。

## 治療に関するアンケート

■ 当医院をお選びいただいた理由は何でしょうか？(複数回答可)

- 家族が通院中(父、母、ご主人様、奥様、お子様、ご兄弟)  知人の紹介  ホームページ、ブログ  
 子預かりがあるから  新聞、チラシ  家または職場から近い  看板をみて  
 その他(\_\_\_\_\_)

■ 同居家族の構成についてお聞かせください。

- 夫  妻  祖父  祖母  お子様(年齢)\_\_\_\_\_歳  ご兄弟(兄・姉・弟・妹)

■ 歯の色についてお伺いします。

- ご自分の歯の色についてどのように感じていますか？ (普通・黄色い・濃い・暗い)  
- ホワイトニングに興味はございますか？  
(是非行いたい・説明を聞いてみたい・まあまあ興味はある・興味はない)

■ 歯磨きの習慣についてお伺いします。

- どのくらいの頻度で行っていますか？ (1日 \_\_\_回 ・ 行わない)  
- 1回の歯磨き時間はどのくらいですか？ (1回あたり \_\_\_分)  
- ご使用の清掃道具にチェックしてください(複数回答可)  
 歯ブラシ  電動歯ブラシ  デンタルフロス(糸ようじ)  歯磨剤(フッ素入り・フッ素なし)  歯間ブラシ

■ 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？

---

■ 当医院への来院手段をお聞かせください。

- (  車  電車  徒歩  自転車  バス  その他 \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。受付にお持ちください。この後カウンセリングがございますので、よろしくお願ひします。