

問診票

令和 年 月 日

より良い診療を行うために必要な内容ですので、回答にご協力下さい。なお嚴重に守秘致しますので安心してお答え下さい

ふりがな お名前:	(男 女)	ご住所:(〒 -)
生年月日: T・S・H	年 月 日(歳)	
血液型: Rh+/- ()型		お電話番号[自宅]
メールアドレス:		[携帯]
予約日時のお知らせ (希望に○をつけて下さい) : LINE・SMS・メール・不要		
ご希望の連絡日とお時間: 予約日の 日前, 時ごろ		

以下の質問にお答え下さい (①②⑤⑥⑧⑩は複数回答可)

①来院の理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 歯が痛い【しみる(冷たいもの・熱いもの)、ズキズキする、かむと痛い、どこか分からないが違和感がある】 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> □の中のできものがある <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 検診を受けたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> インプラントについて知りたい <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
②今まで歯科医院で定期的に 歯のクリーニング(清掃)をしていましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③最後に歯科医院に受診されたのは いつ頃ですか? <input type="checkbox"/> 当院で <input type="checkbox"/> 他院で <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 5年以上
④その時の感想は? <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しくかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他()
⑤歯科治療に関する希望を教えてください。 <input type="checkbox"/> 応急処置のみ希望 <input type="checkbox"/> 問題の歯のみ治療希望 <input type="checkbox"/> 診査後 悪いところを相談してきめたい <input type="checkbox"/> 保険治療のみ希望 <input type="checkbox"/> 最善の治療希望(治療内容、費用の見積もり、期間など事前に説明し 計画をきめたい) <input type="checkbox"/> 定期的クリーニング <input type="checkbox"/> 一度に多く治療し来院回数減らしたい <input type="checkbox"/> 来院回数多くとも、少しづつ治療希望 <input type="checkbox"/> 月 日までに終えたい
⑥予約の希望があれば: 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時ごろ <input type="checkbox"/> 午後 時ごろ 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
⑦当院をお知りになった理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> ご紹介【ご家族・知人・医療機関(様より)】 <input type="checkbox"/> 家、職場が近いから <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()
⑧今までの病気について伺います <input type="checkbox"/> 高血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> 低血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳内出血) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c:) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎不全(人工透析 ある なし) <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎(A型 B型 C型) <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> アレルギー(内容) <input type="checkbox"/> その他
⑨現在、他の科に通院されてますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(科) 担当医名()
⑩現在、薬を飲まれてますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名)
⑪歯の治療で具合が悪くなったことはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(麻酔薬・止血・緊張・嘔吐反射・その他具体的に)
⑫喫煙はされますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(喫煙歴 約 年 /1日 本くらい)
⑬女性の方にお伺いします。現在 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はある <input type="checkbox"/> 妊娠中()ヶ月 つわり(ない・ある) <input type="checkbox"/> 授乳中
⑭その他気になること 心配なこと ご要望があればご記入ください

スマイルカウンセリング アンケート

大切なあなたのライフスタイルをお守りし、よりあなたにあった診療メニューをご提案させていただくため、簡単なアンケートをご用意させていただきました。お手数ではありますが、下記のご質問にお答えいただきますよう、よろしくお願い致します。

1. 将来（治療を終えた時など）のあなたの理想に近い状態を教えてください

- できれば俳優のように輝くような口元になっていたい （複数選択可）
- 俳優ほどでなくても人に自慢できる口元になっていたい
- おもいきり笑うことのできるキレイな歯並びになっていたい
- 健康的に見える白い歯になっていたい
- 食べ物をしっかりと噛める口になっていたい
- できるだけ自分の歯が長持ちするようになっていたい
- むし歯さえなければ特に気にならない

2. 治療に際して、不安に思われていることはありますか？気になる順に番号を記入してください（気になる順に3つ教えて下さい）

- | | | |
|---------------------|--------------|------------|
| ① 自分にあった治療法かどうか | ② 治療の期間 | ③ 治療にかかる費用 |
| ④ 人から見られた時の審美性（見た目） | ⑤ かみ合わせの状態 | |
| ⑥ 治療した箇所が長持ちするか | ⑦ 金属アレルギーの不安 | ⑧ 長期的な健康 |
| ⑨ 家族や友人への説明 | ⑩ 職場や仕事への影響 | ⑪ 治療を行う価値 |
| ⑫ 2次カリエスの不安 | ⑬ その他（ | ） |

() → () → ()

3. 今までお口でお困りのこと、お悩みのことを具体的に教えてください

① 今まで、お困りになった時の事を教えてください

--

② どんな時に不便さを感じましたか？

--

ご協力ありがとうございました。