

〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男・女
		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	電話番号	
		メールアドレス	

はじめにみなさまのこと・これからの治療計画に関するご質問にお答えください。

※みなさまのご要望をきちんと知りたいので、できるだけ正確に□にチェック、または()にご記入ください。

1. 本日はどうされましたか？ (複数回答可)
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い <input type="checkbox"/> その他 ()
2. 当院をどのようにお知りになりましたか？ (最も近い理由に1つ✓)
<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 () 様 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 () 様 <input type="checkbox"/> 医院のHPを見て <input type="checkbox"/> 自宅が近いから <input type="checkbox"/> 会社が近いから <input type="checkbox"/> その他 ()
3. 最後に歯医者へ行ったのはいつですか？
<input type="checkbox"/> 他の医院で (年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 当院で (年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど、期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて受診する
4. 治療において重要視する点をお教えてください。 (複数回答可)
<input type="checkbox"/> 丈夫さ (つめ物・かぶせ物・入れ歯などができるだけ長持ちすること) <input type="checkbox"/> 再発リスク (虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐこと) <input type="checkbox"/> 美しさ (きれいな歯並びや白い自然な歯にできること) <input type="checkbox"/> 噛む能力 (自分の歯と同じように噛めること) <input type="checkbox"/> 安全性 (アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全であること)
5. 当院の治療について (複数回答可)
当院では、以下の治療も行っております。興味のある治療にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 矯正・予防矯正 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯) <input type="checkbox"/> インプラント (人工歯根)



▼裏面もお答えください。▼



まつもと歯科クリニック

お口のことだけでなく、みなさまの全身の健康状態についてお聞かせください。

6. 今までに次の病気にかかったことはありますか？（複数回答可）

- 心臓疾患 脳疾患 高血圧 腎臓疾患 肝臓疾患 糖尿病 ガン ぜん息
 貧血 てんかん 骨粗しょう症 膠原病（リウマチなど） 消化器疾患
 蓄膿症 甲状腺疾患 その他（ ）

7. 現在の健康状態はいかがですか？

- 特に問題はない 他の医院（内科・外科）に通院している：病名（ ）
 その他（ ）

8. アレルギーはありますか？

- ない ある（ 金属アレルギー 薬のアレルギー その他 _____）

9. 麻酔をしたことはありますか？

- ない ある（ 特に異常はなかった 異常があった）

10. 現在服用中のお薬はありますか？

- ない ある【お薬手帳 ある ない 持参していない】

お薬手帳の無い方はお薬の名前をご記入ください。



11. 喫煙はされますか？

- はい【1日 本程度】 いいえ 禁煙した【 前まで喫煙】

12. <女性の方へ> 現在妊娠中、または授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中【 週/予定日 月 日】 妊娠の可能性あり 授乳中

13. 間食はしますか？

- しない 規則正しい 不規則

14. 睡眠時間はどの程度ですか？

1日平均（ ）時間

15. 歯磨き習慣について

- 時間帯** 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
1回の時間 約（ ）分
使うもの 歯ブラシ フロス 歯間ブラシ その他（ ）

治療に関するご要望をお聞かせください。（自由にご記入ください）

（例：痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい など）※特に無ければ未記入で大丈夫です。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について

- 同意する 同意しない



まつもと歯科クリニック