

# 問診票

ふりがな					大・昭・平
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( )才
住所	〒			自宅電話	
				携帯電話	
ご職業		勤務先		紹介者	

●本日はどうなさいましたか

●歯科治療中に異常が起きたことがありますか

ない ある(麻酔で気分が悪くなった 血が止まりにくかった その他( ) )

●現在または過去に内科的な病気はありますか(複数選択可)

ない 高血圧(現在の数値 / ) 糖尿病(HbA1c %)

骨粗鬆症 脳梗塞 腎臓 肝臓・肝炎(A・B・C・慢性・アルコール性)

心臓の病気(心不全 不整脈 狭心症 心筋梗塞 ペースメーカー使用)

蓄膿症 その他( )

●現在薬を飲んでいますか いいえ はい(薬の名前 )

●アレルギーはありますか

ない ある(ゴムラテックス 薬 金属 ヨウ素、ヨード その他( ) )

●喫煙習慣 なし あり( 本/1日) 過去にあり

●食生活 ・よく飲む飲み物 なし あり( )

・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

●お口のお手入れについて

・歯みがきをする時は 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前

・一回の時間は ( )分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他

●かかりつけ医院、通院中の病院はありますか (病院名 )

●女性の方におたずねします

妊娠していますか いいえ はい(妊娠 週) 可能性がある

授乳中ですか いいえ はい

●治療方針についておたずねします

気になっているところだけ治療したい 悪いところがあれば指摘してほしい

●治療についてのご希望があればお書きください

ご協力ありがとうございました。尚、当クリニックは口腔を一単位とした治療と予防を心がけております。

従いまして、主訴だけの治療をご希望の方はその旨お申し出ください。

# 治療に関するご希望アンケート

氏名： \_\_\_\_\_

(ア) 下記項目に関して、治療に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やすく、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番目に重要なものは？ → (                      )

(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もっとも重要である
- B 費用は少ないほうが良いが、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