

質問票

No.

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
お名前					
ご住所	〒			お電話番号 () 携帯番号 ()	
E-mail	※予約前日に確認のメールが届きます				
ご職業	会社員・自営業・主婦・学生 その他 ()		勤務先 (学校名)		

来院されたのはどのような理由ですか

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> むし歯がある | <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキする・かむと痛い) | <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い |
| <input type="checkbox"/> 歯を入れたい (入れ歯・差し歯・インプラント) | <input type="checkbox"/> 相談したいことがある |
| <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい | |
| <input type="checkbox"/> その他の来院理由がございましたらご自由にご記入ください | |

次のような症状はありますか

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯磨きをすると出血する | <input type="checkbox"/> あごの関節に違和感がある |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痩せた | <input type="checkbox"/> くいしばり・歯ぎしりをしている |
| <input type="checkbox"/> しみることもある ※それはどのような時ですか () | |

興味のあること・気になることはありますか

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> クリーニング | <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> ホワイトニング |
| <input type="checkbox"/> 銀歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> 歯並び (矯正) | <input type="checkbox"/> 前歯の差し歯をきれいにしたい |
| <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> 口臭検査を受けてみたい | <input type="checkbox"/> その他 () |

診療に対するご希望をお教えてください

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 検査のうえ悪いところは全部治してほしい (保険範囲内・保険と自費併用・相談のうえ決めたい) |
| <input type="checkbox"/> 苦痛のあるところのみ治してほしい (保険範囲内・保険と自費併用・相談のうえ決めたい) |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

予約についてのご希望があればご記入ください

- | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ・来院できる時間帯 | <input type="checkbox"/> 午前_____時頃 | <input type="checkbox"/> 午後_____時頃 | | | | |
| ・来院できる曜日 | <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 火 | <input type="checkbox"/> 水 | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 |
| ・キャンセル待ちシステムについて | <input type="checkbox"/> 利用したい | | | | | |

来院回数のご希望があればご記入ください

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 特に希望はない |

裏面もご記入ください



MAEDA DENTAL CLINIC

今までにかかった病気はありますか

- 血液の病気 () 心臓の病気 () リュウマチ
高血圧症 低血圧 動脈硬化 糖尿病 (ヘモグロビン HbA1c (数値 /)) 肝炎 (型) 腎臓病 喘息 その他 ()

かかりつけの病院・医院があればご記入ください。(内科など)

病・医院名 ()

現在飲んでいる薬はありますか

- ある (薬品名:) ない
※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

次のようなことはありますか

- 血がとまりにくい 麻酔が効きにくい 薬過敏 (薬品名:)
歯科治療中に気分が悪くなった
※その他気になることがあればご記入ください ()

アレルギー体質や特異体質はありますか

- | | | |
|----------------------|----|-----|
| 1.薬を飲んで異常がでたことはありますか | はい | いいえ |
| 2.麻酔をして異常がでたことはありますか | はい | いいえ |
| 3.食べ物でのアレルギーはありますか | はい | いいえ |
| 4.じんましの症状がありますか | はい | いいえ |
| 5.脳貧血と言われたことがありますか | はい | いいえ |
| 6.その他… 症状 () | | |

女性の方にお聞きします

- | | | |
|-------------------|----|----|
| 1.婦人科医からの注意 | ある | ない |
| 2.妊娠している可能性がありますか | ある | ない |

※「ある」の方…妊娠

ヶ月

当院をどのようにして、お知りになりましたか。(複数回答可)

- タウンページをみた 新聞・広告 (新聞・広告名)
建物を見た 他院からの紹介 (医院名)
ホームページを見た その他 ()
家族・知人からの紹介 (紹介者のお名前)

今までの歯科治療で不快な思いをされたことや今回の歯科治療でのご希望があればご記入ください。

スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて

鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2~3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間

歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない