

足立歯科クリニック問診表 No.

来院日 令和 年 月 日

問診表はあなたの診療のための大切な情報です。そのため正確にご記入いただきますようよろしくお願いします。

なお、患者様の個人情報は診療と医療サービスの提供のみ使用し、秘密を厳守いたしますのでご安心ください。

ふりがな	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
お名前	年齢 歳 性別 男性・女性・その他
	郵便番号 ー
ご住所	
電話番号（ご連絡のつくお電話番号）	

以下の質問について、にはレ点で、()にはわかる範囲でご記入ください。

1. どうなさいましたか（複数ある場合は優先順位の高いものから順に①②③・・・と記入してください）	
<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい(<input type="checkbox"/> 痛い・ <input type="checkbox"/> 黒くなっている)	<input type="checkbox"/> 治療のつづきをしてほしい
<input type="checkbox"/> かぶせもの・詰め物が取れた	<input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯ぎしり・食いしばり
<input type="checkbox"/> 歯が動く。抜けそう。	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている・出血する
<input type="checkbox"/> おやしらず（痛い・腫れている・抜きたい など）	<input type="checkbox"/> 口内炎
<input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた・痛い・調整してほしい
<input type="checkbox"/> 定期健診・クリーニングをしてほしい	<input type="checkbox"/> 各種検査・測定（口臭検査・唾液検査）※自費
<input type="checkbox"/> ホワイトニング（歯を白くしたい）	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
<input type="checkbox"/> セラミック歯科[審美歯科]（白い詰め物・かぶせ物に替えたいなど）	
<input type="checkbox"/> インプラント相談 ※自費	<input type="checkbox"/> スポーツ用マウスピースを作りたい ※自費
<input type="checkbox"/> 歯列矯正 <input type="checkbox"/> ドックスベストセメント	<input type="checkbox"/> ヒューマンブリッジ
<input type="checkbox"/> 顎関節症（あごが痛い・音が鳴る・口が開かないなど）	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群
2. 1でお答えいただいた場所はどこですか（自分から見て）	
<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 上あごの前歯 <input type="checkbox"/> 下あごの前歯	
<input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
3. 痛みがある方 におうかがいします。	
いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> その他（ ）から	
どのように痛みますか？ <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛む	
4. 今までに次の病気にかかったことや現在通院中のものはありますか？	
<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> (B・C)型肝炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ	
<input type="checkbox"/> 精神・心療 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> HIV	
<input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> その他感染症（ ） <input type="checkbox"/> 特になし	
5. 現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。薬品名； ）	
6. アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> 食品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※裏面もご記入をお願いします。

7. 薬の副作用はありますか？	<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある (薬品名・種類))			
8. 今までに麻酔注射を打って歯科治療を受けたことはありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
9. 8の質問にて「はい」とお答えいただいた方で異常はありませんでしたか				
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ (異常あった) (どうなりましたか?)			
10. 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？				
<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> ない	
11. 当医院をご来院いただいた決め手は何ですか？	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ			
<input type="checkbox"/> (家・職場)が近い	<input type="checkbox"/> 土日診療	<input type="checkbox"/> 当院Instagram	<input type="checkbox"/> 口コミ	
<input type="checkbox"/> 家族・知人が通っている (お名前	続柄)	<input type="checkbox"/> Web広告	<input type="checkbox"/> 看板
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 夜遅くまで診療している		
12. 治療内容や費用についてお聞きします。				
治療内容についてのご希望を次からお選びください。(複数可)				
<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療してほしい。	<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治してほしい			
<input type="checkbox"/> 保険でできないところは自費でもよい	<input type="checkbox"/> 最も良い方法で治したい			
<input type="checkbox"/> 担当の歯科医師と相談してから決めたい	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい			
<input type="checkbox"/> その他()			
費用について	<input type="checkbox"/> あらかじめ概算を聞いておきたい			
<input type="checkbox"/> その他 (ご自由にご記入ください))			
13. ご希望(指名)の歯科医師、歯科衛生士はいらっしゃいますか				
<input type="checkbox"/> 歯科医師 (先生)	<input type="checkbox"/> 歯科医師 (男性・女性)	
<input type="checkbox"/> 歯科衛生士 ()	<input type="checkbox"/> 希望なし		
14. この一年間で歯周病検診や後期高齢者医療歯科検診を受診されましたか				
<input type="checkbox"/> 受診した	<input type="checkbox"/> 受診してない			
○当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診表などを通じて患者さまの診療情報を取得・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。そのためマイナ保険証を積極的にご利用いただきたいと考えておりますのでご協力をお願い致します。				
※マイナ保険証をご利用される患者さまは必ずお答えください。				
マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

ご記入ありがとうございました。