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）

☐ 虫歯を治したい(☐痛い・☐黒くなっている)　☐ 治療のつづきをしてほしい
☐ かぶせもの・詰め物が取れた　☐ 歯がかけた　☐ 歯ぎしり・食いしばり
☐ 歯が動く。抜けそう。　☐ 歯ぐきが痛い・腫れている・出血する
☐ おやしらず（痛い・腫れている・抜きたい　など）　☐ 口内炎
☐ 入れ歯をつくりたい　☐ 入れ歯が壊れた・痛い・調整してほしい
☐ 定期健診・クリーニングをしてほしい　☐ 各種検査・測定（口臭検査・唾液検査）※自費
☐ ホワイトニング（歯を白くしたい）　☐ セカンドオピニオン
☐ セラミック歯科（審美歯科）　☐ 笑気による治療希望（歯科恐怖症のため）
☐ インプラント相談　※自費　☐ スポーツ用マウスピースを作りたい　※自費
☐ 歯列矯正　☐ ドックスベストセメント　☐ ヒューマンブリッジ
☐ 顎関節症（あごが痛い・音が鳴る・口が開かないなど）　☐ 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）

☐ 右上奥　☐ 右下奥　☐ 上あごの前歯　☐ 下あごの前歯
☐ 左上奥　☐ 左下奥　☐ 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？　☐今日から　☐昨日から　☐ずっと前から　☐その他（　　から）
どのように痛みますか？　☐ズキズキ痛い　☐かむと痛い　☐ずっと痛い　☐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？

☐ **心臓**　☐ **腎臓**　☐ **(B･C)型肝炎**　☐ **高血圧**　☐ **糖尿病**　☐ **リウマチ**
☐精神・心療　☐ 貧血　☐ 骨粗しょう症　☐ HIV
☐その他(　　)　☐ その他感染症(　　)　☐ **特になし**

5．現在服用中のお薬はありますか？　☐ **ない**
☐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？　☐ **ない**
☐ ある（☐金属　☐ゴム　☐食品(　　)　☐その他（　　）

※裏面もご記入お願いします。

7．薬の副作用はありますか？　　☐ **ない**

☐ 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？

☐ いいえ　　☐ 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

☐ 異常なし　　☐ 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？

☐ 授乳中　　☐ 妊娠の可能性がある　　☐ 妊娠中　　☐ ない

１１．当医院をご来院いただいた決め手は何ですか？（複数可）

☐ 当院ホームページ　　☐ 当院Instagram　☐ Googleマップを見た

☐ Web 口コミサイト（Google・EPARK歯科・ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄﾈｯﾄ・ﾄﾞｸﾀｰｽﾞﾌｧｲﾙ・その他：　　）

☐ (家・職場)が近い　　☐ 看板　　☐ 通りがかり

☐ 家族・知人が通っている・紹介（お名前　　続柄　　）

☐ その他（　　）

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）

☐ 保険の範囲で治療してほしい　　☐ 今痛いところだけ治してほしい

☐ 保険でできないところは自費でもよい　　☐ 最も良い方法で治したい

☐ 担当の歯科医師と相談してから決めたい　　☐ 悪いところは全部治したい

☐ その他(　　)

費用について　　☐ あらかじめ概算を聞いておきたい

☐ 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

☐ 歯科医師（　　先生）　　☐ 歯科医師　（　男性　・女性　）

☐ 歯科衛生士　（　　）　　☐ **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

☐ 受診した　　☐ 受診してない

〇当該医療機関は、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？　　☐ はい　☐ いいえ

ご記入ありがとうございました。