

問診票 (中学生以上)

カルテNo. _____

受診日：西暦 年 月 日

ふりがな お名前 _____	生年月日：西暦 年 月 日 (歳)
郵便番号 〒 _____	ご住所： _____
ご自宅TEL _____	緊急連絡先 (携帯等) _____
メールアドレス： _____	@ _____

*当院ではご予約日の前に日時をお知らせするメール配信サービスを行っております。ご希望の方は携帯またはパソコンのアドレスをご記入ください。

*皆様により良い診療を行う為にお聞かせください。なお、内容は厳重に守秘いたしますのでご安心ください。

問1 どうなさいましたか？

1. 検査をしてほしい (むし歯 ・ 歯周病 ・ 顎関節 ・ 噛み合わせ ・ 歯並び)
2. 歯の清掃をしてほしい
3. 歯が痛い
4. その他 ()

問2 今までに歯科の予防について話を聞いたことはありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

問3 現在、病院に通院していますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (病名： _____ 病院名： _____)

問4 現在飲んでいる薬はありますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (薬品名： _____)

*お薬手帳又はお薬の名称がわかるものをお持ちであれば記入しなくて結構です

問5 今までにかかった病気はありますか？

- ・ 特になし
- ・ 心臓病
- ・ 脳血管障害
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 糖尿病
- ・ 骨粗鬆症
- ・ 心身症
- ・ 悪性腫瘍
- ・ その他 ()

問6 肝炎についてお尋ねします

- (1)過去に肝炎の検査を受けたことがありますか？ ある ・ ない
- (2)過去に肝炎と言われたことがありますか？ ある ・ ない
- (3)過去に輸血を受けたことがありますか？ ある ・ ない

問7 普段の血圧がどの位かご存知ですか？

- ・ 血圧 (/) 薬の服用： あり ・ なし ・ わからない

問8 アレルギー症状が出たことはありますか？

- ・ 特になし
- ・ 薬品 ()
- ・ 食品 ()
- ・ 金属
- ・ ゴム (ラテックス)
- ・ その他 ()

問9 ここ1年以内に健康診断は受けられましたか？

- ・ はい
- ・ いいえ

問10 女性の方にお尋ねします。妊娠されていますか？

- ・ していない
- ・ している (週 予定日 / /)
- ・ わからない、可能性がある

問11 今までに歯科医院で定期的に歯のクリーニング、フッ素塗布を受けたことはありますか？

- ・はい
- ・いいえ

問12 最後に歯科医院を受診したのはいつ頃でしたか？

- ・半年以内
- ・1年以内
- ・1年以上
- ・2年以上
- ・それ以上

問13 歯科の治療中、または治療後に異常がありましたか？

- ・特にない
- ・気分が悪くなった
- ・血が止まりにくかった
- ・何日も痛みが続いた
- ・その他（具体的に： _____)

問14 歯科治療に対する恐怖心はありますか？

- ・特にない
- ・少し苦手
- ・かなり怖い
- ・極めて怖い、とても苦手

問15 過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？

- ・特にない
- ・ある（ _____)

問16 当院に対するご希望をお聞かせください

- ・定期的な検診、クリーニングを希望
- ・基本的には保険内だが、より良いものがあれば説明を聞きたい
- ・保険内での治療を希望
- ・その他（ _____)

問17 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください（複数回答可）

- ・家族が通院中（父・母・ご主人様・奥様・ご子息・ご兄弟）
- ・知人からの紹介（ _____ 様よりご紹介）
- ・WEB（ホームページ・Instagram・YouTube・Facebook）
- ・看板を見て
- ・お預かりルームがあるから
- ・その他（ _____)

◎当院は一人一人のむし歯や歯周病の原因を追求する為、リスク検査を患者様に提供しております。

- ・やってもらいたい
- ・説明を聞きたい
- ・あまりやりたくない

ご協力ありがとうございました。この後、スタッフからお話を聞かせていただきます。よろしく申し上げます。