

〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男・女
		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)
ご住所	〒	電話番号	ご自宅： () 携帯番号：
		メールアドレス	

1. どうなさいましたか

- 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・はれた・その他) 口臭がある
 歯ぐきから血が出る 口の中にできものがある 入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい
 顔がはれている 歯石を取りたい 検査をしてほしい その他 ()

2. 当院をお知りになった理由はなんですか？ ※複数回答可

- 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名：)様 駅看板を見て
 建物を見て かかりつけ(丸山デンタルクリニック) ホームページを見て E PARKを見て

3. 前回歯科治療を受けられたのは？

- 当院で ()年 ()ヶ月前 他院で ()年 ()ヶ月前

4. その時の感想をおしえてください。

- 痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変
 便利だった 説明してくれなかった よく理解できた
 その他 ()

5. 治療において重要視する点をお教えてください。(複数回答可)

- 丈夫さ (つめ物・かぶせ物・入れ歯などができるだけ長持ちすること)
 再発リスク (虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐこと)
 美しさ (きれいな歯並びや白い自然な歯にできること)
 噛む能力 (自分の歯と同じように噛めること)
 安全性 (アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全であること)



6. 診療についてご希望があれば教えてください。

- 月 日までに治療を終えてほしい
 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい
 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい
 極端に"こわがり"なので、注意してほしい

▼裏面もお答えください。▼

7. 予約についてのご希望があれば教えてください。

来院できる時間帯： 午前 時頃 午後 時頃
来院できる曜日： 月 火 木 金 土 日

8. 現在の健康状態はいかがですか？

良好 普通 不良 ※女性の方のみ 妊娠中 (週)

9. 今までにかかった病気はありますか？

特になし
 糖尿病 心臓病 高血圧 低血圧 腎臓病 骨粗鬆症 肝臓病
 結核 肝炎 その他 (_____)

10. 次のようなことがありますか？

傷が化膿しやすい じんましんが出やすい 湿疹が出やすい
 口内炎にかかりやすい 薬過敏 (薬品名: _____) 下痢しやすい
 喘息がある 風邪を引きやすい 血が止まりにくい
 薬を飲むと胃が痛くなる 花粉症である その他 (_____)

11. 現在飲んでいる薬はありますか？

飲んでいない ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬 糖尿病の薬 骨の薬
 その他 _____)

12. 以前に歯を抜いたことがありますか？

いいえ
 はい →その時異常はありましたか？
 気分が悪くなった 血が止まりにくかった その他 (_____)

13. 血圧の状態はどうですか？

高い 普通 低い (最高: _____ 最低: _____)

14. その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください。

当医院からのご予約確認の携帯メール配信をご希望になりますか？ はい いいえ

※SMSでのメール配信となりますので、携帯電話番号が必要になります。メールアドレスは不要です。
(ご希望の方へは、予約の前日の8時頃にご予約確認のメールをお送りいたします。)
データ反映まで少し時間がかかりますので、あらかじめご了承ください。

当院は診療情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない