（問診票）　　Ｎｏ

年　　月　　日

☆治療を進める上で参考に致しますので、下記の質問にご記入をお願いいたします。

お名前（ふりがな）

様　　生年月日　　年　　月　　日　　歳　　男・女

ご住所　〒

e-mail

TEL

ご職業　　携帯 TEL

☆どうなさいましたか。　１．虫歯の治療をしたい　２．検査をしてほしい　３．義歯を作りたい
４．つめたものがとれた　５．歯石をとってほしい　６．親しらずをみてほしい
６．舌が痛い　７．腫れて痛い　８．歯並びをみてほしい
９．その他（　　）

☆痛みがある部位を教えて下さい。　１．左上　２．上前　３．右上　４．左下　５．下前
６．右下　７．痛みなし　８．その他（　　）

☆どのように痛みますか。　１．熱いものがしみる　２．冷たいものがしみる
３．ずきずき痛い　４．かむと痛い　５．時々痛い

☆いつから痛みますか。　１．今日から　２．（　　）日前から　３．ずっと前から　４．時々

☆今まで歯の治療はありますか。　１．はじめて　２．経験がある

☆歯を抜いたことはありますか。　１．ない　２．ある

☆その時異常がありましたか。　１．ない　２．ある　□血が止まらなかった　□熱がでた
□貧血を起こした　□麻酔が効かなかった
□その他（　　）

☆今までにかかった病気は　１．ない
ありますか。　２．ある　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□糖尿病　□胃腸病
□高血圧　□耳鼻科疾患　□その他（　　）

☆入院されたことはありますか。　１．ない
２．ある　（病名　　）

☆現在何か薬を飲んでいますか。　１．いいえ
２．はい　薬の名前（　　）

☆アレルギーや薬の副作用は　１．ない
ありますか。　２．ある　薬や食べ物の名前（　　）
□発疹ができる　□かゆくなる　□その他（　　）

☆現在妊娠中ですか。　１．いいえ　２．はい　妊娠（　）週目
★女性の方のみ　３．不明　４．授乳中

☆当院をどの様にして知りましたか。
１．知り合いの紹介（　　様）　２．看板を見て
３．インターネット（ホームページ）より　４．他医療機関からの紹介

◆裏面に続きます◆

☆治療範囲の御希望について教えてください。　　１．悪いところは全部治したい。
２．症状のあるところだけ治したい。
３．治療の説明を聞き、相談して決めたい。

☆お口全体の状態の説明について、下記より１つお選び下さい。
１．現在問題のある箇所、ならびに将来的に不安がある箇所について説明してほしい。
２．１に加えて、どのような治療を行うのが望ましいのか教えてほしい。
３．特に説明はいらないので、症状のあるところだけ治療してほしい。

☆下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。
１．装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと。(耐久性)
２．治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること。(再発リスク)
３．自然に美しく見えること。(審美性)
４．天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること。(機能性)
５．金属アレルギーなどになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること。(安全性)
１～５の番号でお答えください。
最も重要なのは？ →(　)　　２番目に重要なのは？ →(　)　　３番目に重要なのは？ →(　)

☆治療方法について下記１～３より１つお選びください。
１．前問の１～５項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である。
２．費用は少ないほうがいいが、前問１～５の項目も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい。
３．費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。

☆歯のホワイトニングについて下記１～３よりひとつお選びください。
１．ぜひホワイトニングをしてみたい。
２．どれくらい白くなるのか？費用はどれくらいか？などの話を聞いてみたい。
３．特に説明は必要ない。

☆その他、当院での治療を行うにあたり、何かご希望はありますか。