

問診票

医療法人社団 ITS

記載日 年 月 日

治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。下記の該当するところをチェックして下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので連絡先は正確にご記入願います。

ふりがな		生年月日	昭・平・令	年	月	日生
お名前	(□男 □女)	(歳)				
ご住所	〒	携帯電話				
E-mail		自宅 TEL ※緊急時や御予約の件で使用させていただきます。				
ご職業	□会社員 □自営・自由業 □主婦 □パート・アルバイト □学生 □その他 ()					
お勤め先	社名	(ビル/タワー 内・外)			TEL	

通院に便利な曜日と時間帯	月 火 水 木 金 土	午前 ・ 午後	時頃
--------------	-------------	---------	----

※ご予約日前日の、事前お知らせメール配信が不要な方はチェックして下さい □

- 当院をどちらでお知りになりましたか？
□紹介 (様) □ホームページ □看板 □口コミ □その他 ()
- ご来院の理由をお聞かせ下さい。(複数回答可)
□定期健診 □歯が痛い □歯がしみる (冷・温) □詰め物・冠がとれた (前歯・奥歯) □親不知を抜きたい
□歯肉が痛い □歯肉から出血する □顎が痛い □クリーニングをしたい □口臭
□歯ぎしり □かみ合わせが悪い □入れ歯が合わない □詰め物や銀歯を白くしたい □ホワイトニング
□歯並び □その他 () ※□応急処置のみ (他の医院に通院中・出張中の場合)
- 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
□はい (妊娠 ヶ月) □いいえ □授乳中
- 過去に大きな病気をされた、または現在かかっている病気はありますか？
□いいえ □心臓の病気 () □肝臓の病気 (肝炎 A 型・B 型・C 型) □胃腸の病気 ()
□脳梗塞 □貧血 () □腎臓の病気 () □血液の病気 ()
□喘息 □甲状腺 ()
□糖尿病 (血糖値 空腹時 mg/dl・HbA1c %) □リウマチ □けが、事故 □その他 ()
- 現在通院または入院加療されていますか？
□はい (病院名 科名 病名) □いいえ
- 血圧はいかがですか？
□高い □普通 □低い (最高血圧 mmHg ~ 最低血圧 mmHg)
- 現在飲んでいる薬はありますか？
□ある (具体的に) □いいえ
- 使用できない薬はありますか？
□はい (薬名) □いいえ
- アレルギーはありますか？
□はい (具体的名) □いいえ
- 治療中に異常があったことがありますか？
□ある (麻酔時・抜歯時 具体的に) □いいえ

- 下記項目に関して、治療で最も重視される事に○をつけてください。
- ①() 装着する詰物・かぶせ物・入れ歯などが、出来るだけ長くもつこと (耐久性)
 - ②() 治療した箇所のお虫歯・歯周病が再発する可能性を出来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() 天然歯のように、出来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やすく、出来るだけ身体にとって安全であること (安全性)

- 下記項目より、該当するものをひとつ選び○をつけてください。
- () 前問①~⑤の項目より、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。
 - () 費用は少ない方がいいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で、前問の各項目も考慮にいれ治療方法を検討したい。
 - () 費用よりもお口の健康を優先して、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。

当院ではお体にあわせて治療を行います。
治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師、並びにスタッフにおたずね下さい。御協力ありがとうございました。