

初 診 問 診 票

No.

ふりがな

性別 男 ・ 女

お 名 前

生年月日 年 月 日 (才)

ご 住 所 〒

電話番号

携帯番号

勤務先 (社名)

(住所)
(電話番号)

■ どうなさいましたか？ (複数選択可)

- ☐ 予防歯科に通いたい
- ☐ 歯が痛い → いつから () ところが () どんな時 ()
- ☐ 歯肉が痛い・血がでる → いつから () ところが ()
- ☐ 詰め物・被せ物がとれた → いつから () ところが ()
- ☐ 歯がグラグラする → いつから () ところが ()
- ☐ 歯並び・噛み合わせが気になる
- ☐ 入れ歯が合わない (新しくしたい) → 前に入れ歯を作った日 ()
- ☐ 顎が痛い ☐ 口が渇く ☐ 口臭が気になる
- ☐ 自由診療がしたい ☐ 審美治療がしたい ☐ ホワイティングがしたい
- ☐ 他の医療機関からの紹介状がある
- ☐ その他 ()

■ お薬について

- ☐ なし
- ☐ あり (薬名) ※お薬手帳をご提示ください。

■ 歯科の受診について

- ☐ 初めて
- ☐ 定期的に通っている (月ごと)
- ☐ 通院していた (最後: ころ)

- 【やめた理由】 ☐ 治療が終わった ☐ 痛かった
- ☐ 説明がなかった ☐ 予約がとれなかった
- ☐ あわなかった ☐ 引っ越し
- ☐ なんとなく ☐ その他 ()

■ 歯科で具合が悪くなったことはありますか？

- ☐ なし
- ☐ あり (例: 麻酔で気分悪くなったなど)

■ 現在や過去のお体について (複数選択可)

- ☐ 特に異常はない
- ☐ 入院したことがある (内容)
- ☐ 糖尿病 (HbA1c値:)
- ☐ 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・ペースメーカー)
- ☐ 高血圧 (上 / 下)
- ☐ 肝臓病 (A・B・C型肝炎)
- ☐ てんかん ☐ 喘息
- ☐ 骨粗しょう症
- ☐ その他・感染症 【 】

■ かかりつけ医について

- ☐ なし
- ☐ あり (病院名)
- () 才頃から () くらいの間隔で通院

■ アレルギーについて (薬・注射・金属・食べ物など)

- ☐ なし
- ☐ あり ()
- 医師による診断 (あり・なし)

■ 1日に歯を磨くのは

1日 回
いつ磨きますか？（ ）

■ 妊娠・授乳について（女性の方へ）

- ☐ 該当しない
☐ 妊娠中【週数： 週】
☐ 授乳中
☐ 妊娠の可能性あり

■ タバコを吸いますか？

- ☐ 吸わない
☐ 吸う（1日 本ほど）
（いつ頃から ）
☐ 以前吸っていた（ 年前）

■ 治療の説明について

- ☐ 有償でも徹底的に説明してほしい
☐ 必要と思われる範囲で良い

■ 治療について重視するものについて（複数選択可）

- ☐ 体に優しい ☐ 丈夫である ☐ 金額が安い ☐ 見た目が綺麗である
☐ 再発のリスクが少ない ☐ 長持ちする

■ 自由診療（自費診療）について（複数選択可）

- ☐ すべて保険診療を希望する
☐ 保険診療との違いがわからないので自由診療とは何か知りたい
☐ 保険診療で対応できない治療は話を聞いてから自由診療も検討したい
☐ 自由診療も含め最も良い方法で治したい
☐ 自由診療でやりたい治療がある（ホームページを みた ・ みてない ）
☐ 歯内療法・VPTをやりたい ☐ 詰めもの・被せものを白くしたい
☐ 自分の歯を白くしたい ☐ 入れ歯の金属が目立たないものにしたい
☐ セカンドオピニオンを希望する その他（ ）

■ シェーグレン症候群・ドライマウスの特珠治療を行っています

- ☐ 詳しく聞きたい（医師による診断 あり ・ なし ）

■ 通院可能な時間帯に

○をつけてください

■ 予約忘れ防止SMS便

- ☐ 希望する

	月曜	火曜	水曜	金曜	土曜	☐ いつでも 来れる ☐ 決まってい ない
9:00-13:00						
14:00-16:00						
16:00-18:00						

■ 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください。

- ☐ 知人の紹介（ご紹介者のお名前 様） ☐ 家の近所 ☐ 職場の近所
☐ ホームページを見て ☐ Instagramを見て ☐ Googleを見て ☐ Facebookを見て
☐ 建物を見て ☐ 電柱広告を見て ☐ その他（ ）

■ 説明用資料として個人を特定されない範囲で写真等を利用させてもらうことがあります。

- ☐ 可 ☐ 不可

■ その他伝えておきたいこと

--

「キビキノ歯科医院で治療を受けるにあたって」を理解・同意したうえで問診票を提出します。