

当院では、できる限り患者さんのお身体・思いを理解させて頂いたうえで診察を行いたいと考えています。
そのためお手数ですが、以下の質問にお答えください。秘密は厳守いたします。

ふりがな	昭和・平成		
お名前	性別 男 / 女	生年 月 日	年 月 日 (才)
ご住所 〒	電話 携帯		
	ご職業		
通院しやすい曜日 / 時間帯	月・火・木・金・土	午前	時ごろ・午後 時ごろ

※ご予約のお時間を過ぎてもらっしやられなかった場合、こちらからお電話させて頂くことがあります。

○ どうなさいましたか？ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 歯が欠けた
<input type="checkbox"/> 詰物がとれた (詰めたものはお持ちですか？)	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた	<input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る	<input type="checkbox"/> 歯茎が痛い
<input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい	<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい
<input type="checkbox"/> 義歯を入れたい	<input type="checkbox"/> 義歯の具合が悪い	<input type="checkbox"/> 顎の調子が悪い
<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい	<input type="checkbox"/> その他 ()	

○ それはいつから気になりますか？ ()

○ その場所をご自身から見てどこですか？

<input type="checkbox"/> 右上奥	<input type="checkbox"/> 前上	<input type="checkbox"/> 左上奥
<input type="checkbox"/> 右下奥	<input type="checkbox"/> 前下	<input type="checkbox"/> 左下奥

○ 前回歯科治療を受けられたのは？ (約 年 ヶ月前)

○ その時の感想は？

<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった
<input type="checkbox"/> 怖かった	<input type="checkbox"/> 優しかった
<input type="checkbox"/> 通院が何回もかかった	<input type="checkbox"/> 便利だった
<input type="checkbox"/> 待ち時間が長かった	<input type="checkbox"/> 予約時間を守ってくれた
<input type="checkbox"/> 説明が不十分だった	<input type="checkbox"/> 良く説明してくれた
<input type="checkbox"/> その他 ()	

○ 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください。

<input type="checkbox"/> 家族が通院中、または以前通院してた (お名前:)		
<input type="checkbox"/> 友人・知人の勧めで (お名前:)		
※お礼をお伝えしたいので、可能であればお名前を頂戴したいです。		
<input type="checkbox"/> ホームページを見た	<input type="checkbox"/> 家から近い	<input type="checkbox"/> 職場に近い
<input type="checkbox"/> 通りすがり	<input type="checkbox"/> その他 ()	

○ 麻酔の注射や抜歯の時に何か異常はありましたか？

ある ない

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

<input type="radio"/> 気分が悪くなった	<input type="radio"/> 貧血になった	<input type="radio"/> 血が止まりにくかった
<input type="radio"/> 麻酔が効きにくかった	<input type="radio"/> その他 (症状)	

▶ 裏面もご記入ください。

ある ない

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

● お薬で異常が出たことがありますか？

じんましん ぜんそく かぶれ 湿疹
 そのお薬の名前 (・不明) その他 (症状)

はい いいえ

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

● アレルギーはありますか？

アレルギー物質 ()

ある ない

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

● 内科的な病気はありますか？

高血圧 (/) 低血圧 (/)
 糖尿病 (血糖値: / ヘモグロビン A1c %)
 心臓病 (病名) 肝臓病 (A / B / C / その他)
 腎臓病 (病名) 甲状腺 ぜんそく
 その他 (病名)

はい いいえ

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

● 現在お薬を飲んでいますか？

薬品名 (ご不明ならなんのお薬ですか) ()

女性の方にお聞きします。

はい いいえ 可能性がある

● 妊娠中ですか？

「ある」とお答えの場合は以下もご記入ください。

出産予定日 (年 月 日)

● 授乳中ですか？

はい いいえ

● 麻酔について

- 必ず麻酔をしてほしい
- 多少は我慢するので、麻酔はできるだけしないでほしい
- その都度、説明を聞いて決めたい
- 先生の判断に任せる

● 治療について

- 保険内でおさめてほしい
- 保険 / 自費の治療法を聞いて、その都度考えたい
- もっとも良い材料と方法で治療してほしい

● ご希望がありましたらご記入ください

- この機会に悪いところは全部治したい
- 痛いところだけ・希望するところだけ治したい
- 期日までに治療を終えて欲しい (月 日まで)
- 通院回数は増えても一度の治療は少しずつにして欲しい
- その他 ()

ご記入ありがとうございます。それでは、お名前が呼ばれるまでお待ち下さい。