

予 診 表

ふりがな

・氏 名 _____ (男・女) 生年月日 年 月 日(才)

・住 所 〒 _____ (Tel _____)

・ご職業 _____ 緊急連絡先 (Tel _____)

Eメールアドレス _____

次の事項を知らせていただくことは、よりよい診療を行うための重要な資料となります。

お手数ですが、次の質問に○印をつけてお答え下さい。

1. 来院された理由をお聞かせください。

歯の痛み(しみる・うずく) 虫歯の治療 つめ物・差し歯がとれた 入れ歯(あわない・壊れた)
歯並び、かみ合わせが気になる 歯肉の痛み(はれ・出血) 口臭が気になる 検診をしてほしい
予防処置(歯のクリーニング・歯石取り・フッ素塗布・ホワイトニング)
その他(_____)

2. 今回来院される前に、最後に歯科を受診したのはいつですか? _____ヶ月前、____年前、はじめて

その際、治療は終了しましたか? 終了した 途中のまま

3. 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

近所だから 看板を見て HPを見て 紹介で(_____さん・ 医院・保健所) 家族が通院している
紹介で来院していただいた方にお尋ねします。紹介して下さった方から当院について
どのようなお話を聞いて来られましたか?

4. ご都合のよい診療予約時間、曜日に○印をつけてください。

月 火 水 木 金 土 AM PM いつでも来れる

5. 現在の健康状態についてお聞かせください。

健康 疲れやすい 心臓疾患 胃腸障害 糖尿病 腎臓疾患 高血圧 低血圧
肝障害(A・B・C・アルコール性・その他) その他(_____)

6. 薬や食べ物などにアレルギーがありますか?

ない ある(具体的に _____)

7. 現在、他の医院へ通院されていますか?

していない 内科 外科 その他 その医院名(_____)

8. 現在、服用している薬はありますか?おわかりでしたら、薬の名前もお書きください。

ない ある(_____)

9. 歯の麻酔をしたことはありますか?

ない ある⇒その時異常が(あった なかった)

10. 歯の治療、抜歯などで具合が悪くなったことはありますか?

ない 血が止まりにくかった 貧血を起こした 気分が悪くなった
痛みが続いた 熱が出た その他(_____)

11. 女性の方へお聞きします。

現在、妊娠の可能性は ない 妊娠(_____ヶ月) 不明

授乳中(お子さんは _____ヶ月) 生理中

次のページにも質問があります。続けてお答えください。

12. 今現在、たばこを吸われていますか？

吸っている 1日 本 喫煙歴 年 吸わない

13. 当院では予防に重点を置いた診療を行っています。みなさまのお口がよりよい状態を維持して

いただけるよう、さまざまな取り組みを行っています。予防歯科についてどのように思われますか？

興味ある 興味がない(理由)

今まで予防処置(歯石とりなど)をしたことがありますか？ ある ない

14. その他、歯科治療を行う上で担当医に知っておいてほしいこと、治療に関してのご希望、お口や歯に関しておたずねになりたいことなど、なんでもお書きください。

15. 次の項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ①装着する詰め物・かぶせ物・入れ歯などが、できるだけ長く持つこと(耐久性)
- ②治療した個所の虫歯・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咬めること(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？ →()

4 番目に重要なのは？ →()

5 番目に重要なのは？ →()

★次の中から該当するものを一つお選びください。

- A. 前問の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
- B. 費用が少ないほうがいいが、前問の①～⑤の項目も考慮に入れ、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
- C. 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ほしい

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました！



医療法人 SHT

まき歯科・矯正歯科クリニック

Smile Health Thanks