



治療に関するご希望確認アンケート

(ア) お口の状態の説明について、下記よりひとつお選び下さい

- A. 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
- B. 特に説明はிரらない

(イ) 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？ → ()

(ウ) 治療方法について下記A～Cよりひとつお選びください。

- A. 前問(イ)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. 費用は少ないほうがいいが、前問(イ)の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
- 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欲しい

(エ) 歯のホワイトニングについて下記A～Cよりひとつお選びください。

- A. ぜひホワイトニングを試してみたい
- B. 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
- C. 特に説明は必要ない

問 診 票

ふりがな		男 女	生年月日	大正	年	月	日生	年齢	血液型
お名前				昭和					
ご住所	〒	(自宅) TEL							
		(携帯) TEL							
		(メールアドレス)							
勤務先		(勤務先) TEL							
こちらから連絡しても良い連絡先		自宅	携帯	メールアドレス	勤務先				

① 当院をどのようにお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページを見て
- 電話帳を見て
- 知人・家族の紹介 ()
- 家・職場が近所なので
- その他 ()

⑥ アレルギー、ぜんそくはありますか？

- ない
- ある ()

② どうなさいましたか？

部 位	左上	前上	右上
(○をつけて下さい)	左下	前下	右下

いつ頃から _____

- 歯が痛い
- 歯茎が痛い
- つめもの・差し歯がとれた
(とれたものを本日お持ちですか？ 有 ・ 無)
- あごが痛い
- 歯石を取りたい
- 入れ歯が合わない。痛い・作りたい
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- インプラント希望・相談
- 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査したい
- その他 ()

⑦ 歯を抜いたときの異常は？

- ない
- ある ()

⑧ 麻酔をしたときの異常は？

- ない
- ある ()

③ 今の健康状態は？

- よい
- よくない ()

⑨ 医師に服用にあたって注意が必要といわれたお薬はありますか？

- いいえ
- はい お薬の名前 ()

④ 妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？
授乳中ですか？

- はい (妊娠 _____ ヶ月)
- いいえ
- 授乳中

⑩ タバコはすいますか？

- いいえ
- はい 1日に () 本

⑪ この機会に・・・

- 悪いところは全部治療したい
- 痛むところ、気になるところだけ希望

⑤ 大きな病気にかかったことは？

- ない
- ある 病名 ()

糖尿病	心臓病	蓄膿	血液疾患
肝臓病 (B型肝炎	C型肝炎	脂肪肝)
高血圧	リウマチ	貧血	

通院中の病院名 ()

服用中のお薬 ()

⑫ 今までの歯科治療で特に不満なこと・ご要望などはありますか？

ありがとうございました



小児問診票

ふりがな		男 女	生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢	血液型
お名前					歳	型
ご住所	〒	(自宅) TEL				
		(携帯) TEL				

こちらから連絡しても良い連絡先	自宅	携帯
-----------------	----	----

① 当院をどのようにお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページを見て
- 電話帳を見て
- 知人・家族の紹介 ()
- 家が近所なので
- その他 ()

⑦ 歯医者での治療は初めてですか？

- はい
- いいえ そのときの様子は？ ()

② どうなさいましたか？

部 位	左上	前上	右上
(○をつけて下さい)	左下	前下	右下

いつ頃から _____

- 歯が痛い
- 虫歯がある
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- 悪いところがないか調べてほしい
- フッ素を塗ってほしい
- 検診
- その他 ()

⑧ 麻酔をしたことはありますか？

- ない
- ある 異常はありましたか？ ()

⑨ 一日何回歯を磨きますか？
() 回

*お子様との円滑なコミュニケーションのためにお聞きします。

- ・患者さんの性格は？
神経質 のんびりしている 人見知り 怖がり
()
- ・家庭での呼び名は？
()
- ・学校名・園名
()
() 組

③ 大きな病気にかかったことは？

- ない
- ある 病名 ()
通院中の病院名 ()
服用中のお薬 ()

⑩ 今までの歯科治療で特に不満なこと・ご要望などはありますか？

④ 医師に服用にあたって注意が必要といわれたお薬はありますか？

- ない
- ある お薬の名前 ()

⑤ アレルギー、ぜんそくはありますか？

- ない
- ある ()

⑥ けがをした時、血がとまりにくかったことはありますか？

- ない
- ある

ありがとうございました

