

問 診 票

この問診票は、患者さんの全身状態や歯の状態を、歯科医師が把握するための大切な情報源です。
より良い歯科医療をご提供するために必要となる事項ですので、できるだけ詳しくお書き下さい。

※太字は○、アンダーラインには文字や数字を書き込み下さい

〒 _____

ご住所 _____

フリガナ _____ 職 業 _____

お名前 _____ メール _____ @ _____

電話番号 _____ - _____ 携帯電話 _____ - _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (現在 _____ 歳) 血液型 _____ 型

お勤め先 _____ 電話番号 _____ - _____

当院からのご連絡先の優先順序 ご自宅 携帯電話 お勤め先

生活様式の確認のため、同居家族についてお教え下さい

本人のみ・父・母・夫・妻・祖父・祖母・兄弟 (人)・姉妹 (人)・子供 (人)・その他 ()

マイナ保険証 (保険証と紐づけされたマイナンバーカード) をお持ちですか? はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? はい・いいえ

当院を選んで下さった理由 **近い・ホームページを見て・歯科医院の検索サイトを見て**
紹介 (_____ 様)・その他 (_____)

1. 来院の理由 (病状) をお教え下さい (できるだけ詳しくお書き下さい)

(回答例: 右上の奥歯が痛む、前歯の変色が気になる、全体的に歯ぐきが痛い、歯の健康診断、等)

○上記の理由についてお教え下さい (該当する項目をまるで囲んで下さい)

○いつからですか? _____日・週・月・年 前から・生まれつき・わからない

○どの部位ですか? **前・奥・左・右・上・下・わからない**

○現在痛みがありますか? **ある・ない**

・どの様なときに? **冷たいモノで・熱いモノで・噛んだ時**

何もしなくても・その他 (_____)

・痛みの程度は? **違和感程度・中程度・重度**

2. ご希望される治療をお教え下さい (複数回答可)

- ・むし歯
- ・歯周病
- ・入れ歯
- ・矯正
- ・歯の見た目の改善
- ・おやしらず
- ・歯の根の治療
- ・口内炎など
- ・顎の関節
- ・インプラント
- ・歯科健診
- ・痛いところだけ
- ・必要なところすべて
- ・その他 _____

3. 通院にご都合の良い曜日や時間帯をお教え下さい (複数回答可)

- ・特になし
- ・平日 (月・火・木・金)
- ・土曜
- ・午前 (9:30~13:00)
- ・午後 (14:30~17:00)
- ・夜 (17:30~19:00)

ご希望の日時にキャンセルが出た場合、こちらからご案内の連絡を差し上げても構いませんか?

希望する・希望しない

< 2 枚目 > に つ づ く

4. 過去に経験のある歯科治療についてお教え下さい（複数回答可）

- ・麻酔 ・抜歯 ・つめもの ・かぶせもの ・ブリッジ ・入れ歯
- ・矯正 ・歯石の除去 ・歯周病の治療 ・歯周病の手術 ・歯ブラシの指導
- ・歯の神経の治療 ・タバコのヤニ取り ・顎の関節の治療 ・ホワイトニング
- ・インプラント ・定期的なメンテナンス ・その他 _____

5. 治療に対する考えをお教え下さい

(1) 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 治療した箇所のみし歯・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 自然で美しく見えること（審美性）
- ④ 違和感なく噛んだり話したりできること（機能性）
- ⑤ 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）

①～⑤の番号でお教え下さい

- 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？ _____

(2) 下記より該当するものをひとつお選び下さい

- ・前問（1）の①～⑤の項目より、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、前問（1）の①～⑤の項目も考慮にいれ、説明を受けた上で治療方法を検討したい
- ・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

6. 全身状態についてお教え下さい

◎現在の健康状態はいかがですか？

良好・普通・悪い

「悪い」とお答え方へ。どのような状態ですか？

_____ cm _____ kg

◎現在の身長と体重をお教え下さい

◎最近、急激な体重の増減がありましたか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。どのように？

◎現在、病気で医師の診察を受けていますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか？

◎今までに大きな病気をしたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。何の病気ですか？

◎以下の病気を現在かかっているまたは過去にかかった経験がありますか？（複数回答可）

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・脳梗塞や脳溢血
- ・アトピー性皮膚炎 ・結核 ・白血病 ・悪性腫瘍（がん）
- ・金属アレルギー ・骨粗鬆症 ・更年期障害 ・蓄膿症（副鼻腔炎）
- ・エイズ（AIDS） ・性病 ・肝炎 ・シェーグレン症候群

◎現在、毎日お薬を飲んでいますか？（ビタミン剤なども含む）

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。どの様なお薬ですか？

◎薬や食べ物にアレルギーはありますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。何に対してですか？

◎血が止まりづらかったことはありますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。どの様な時でしたか？

◎女性の方にご質問します

- ・月経は規則正しくありますか？
- ・妊娠はしていますか？
- ・閉経はしていますか？

はい・いいえ
 はい（ _____ 週） ・いいえ
 はい（ _____ 年前） ・いいえ

7. 生活習慣についてお教え下さい

◎喫煙習慣についてお聞きします

○たばこはお吸いになりますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。何本吸いますか？

1日 _____ 本程度

「はい」とお答えの方へ。何年間吸っていますか？

_____ 年間

（※クリニック記入欄 ブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙した年数） _____ ）

「いいえ」とお答えの方へ。喫煙のご経験は？

ある・ない

「ある」とお答えの方へ。いつやめましたか？

_____ 頃

○たばこを吸うと答えた方のみ、下記の質問にお答えください

- ① 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがある はい・いいえ
- ② 禁煙や本数を減らそうと試みてもできなかったことがある はい・いいえ
- ③ 禁煙したり本数を減らそうとしたりした時に、たばこが欲しくてたまらなくなることがある はい・いいえ
- ④ 禁煙したり本数を減らそうとしたりした時に、イライラ、神経質、落ち着かない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加が出た はい・いいえ
- ⑤ ④の症状を消すために、またたばこを吸い始めることがあった はい・いいえ
- ⑥ 重い病気にかかった時に、たばこは良くないとわかっているのに吸ってしまった はい・いいえ
- ⑦ たばこのために自分に健康問題が起きているとわかって吸ってしまった はい・いいえ
- ⑧ たばこのために自分に精神的問題が起きているとわかって吸ってしまった はい・いいえ
- ⑨ 自分はたばこに依存していると感じることもある はい・いいえ
- ⑩ たばこを吸えないような仕事や付き合いを避けることが何度かあった はい・いいえ

（※クリニック記入欄 はい=1点 いいえ=0点 合計 _____ 点）

○たばこはお口の健康に悪影響を及ぼすことをご存じですか？

はい・いいえ

○歯の治療上、禁煙が必要となった場合、やめられますか？

はい・いいえ

◎アルコールを毎日飲みますか？

はい・いいえ

「はい」とお答えの方へ。どのくらい飲みますか？

◎規則正しい生活をしていますか？

はい・いいえ

「いいえ」とお答えの方へ。理由は何ですか？

◎歯磨きについてお聞きします

○1日何回行っていきますか？

_____ 回

○歯ブラシはどのようなものを使用していますか？

商品名： _____ 毛の硬さ： _____

○歯磨き粉は使いますか？

はい・いいえ

商品名： _____

○糸（フロス）や歯間ブラシなどは使いますか？

はい・いいえ

商品名： _____

『当院での治療に際してのお願い』

1. 初診時ならびに通院中は、月1回の保険証のご提示をお願い致します。
2. 当院は予約制ですので、予約の時間をお守り下さい。遅刻をされますと、診療に費やせる時間が短くなったり、後の患者さんにご迷惑をかけてしまったりしますのでご協力をお願い致します。予約時間を10分以上過ぎて来院された場合、予約の変更をお願いすることがありますのでご了承ください。予約をキャンセルする場合には必ずご連絡していただけますよう重ねてお願い申し上げます。
3. 現在、ほとんどの歯科治療に保険が適応されますが、保険での診療は治療内容や使用する材料に制限があります。患者さんへより良い医療を提供するため、必要に応じて保険適応外の診療（自費診療）をお勧めする場合がございます。その場合には、文書もしくは口頭にてご説明致します。
4. 治療上、患者さんの訴える歯以外の治療が必要になる場合がございます。
5. 歯の根の治療やむし歯の治療などを行うと、今まで痛くなかった歯でも、一時的に痛みが出る場合がございます。
6. 歯の病気は基本的に薬では治りません。適切な診断をし、確実に原因を除去しなければ、見せかけだけの治癒で終わってしまいます。そのため、治療に時間がかかる場合がございます。
7. 当院では、よりよい技術やサービスを提供できますよう、各種勉強会や学会に積極的に参加しております。院内で取得されました治療データ（レントゲン写真や口腔内写真等）は、研究または教育目的のために学会等で発表させていただく場合がございます。もちろん、患者さんのプライバシーは厳守致します。
8. 当院では、マイナ保険証や問診票を通じて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証の利用にご協力をお願い申し上げます。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

了承する

了承しない

ご署名 _____

ご記入ありがとうございました。問診票はスタッフへお渡しください。