

記入日 年 月 日 問 診 票

この問診票は、診断を正確に行い、より安全に治療を行うため、また患者様それぞれに合った“オーダーメイド”の治療方針を立てていくために必要なものです。内容は診療関係者以外の目に触れることはありません。できるだけ正確にお書きください。

(ふりがな)

お名前

ご住所

ご職業(任意:ご職業は病気や治療と関連がある場合も多いので、可能であればお答えください)

お電話番号

1. 本日はどうなさいましたか？
(例:右上の奥歯が痛くて食事ができない)

2. 痛い場合、今現在はどうですか？

痛くない 少し痛い ひどく痛い

3. 歯科治療に恐怖心がありますか？

はい 怖くないように、一つ一つ使用する器具について口の中に入れる前に、目で確認したり触れて確認して頂き、安心してもらえるための時間を多く取ります。そのため、通常よりは多少治療ペースが遅くなりますので、ご了承ください。慣れていただいた後は通常の診療となります

いいえ 最初のみ簡単な器具の説明を行い、その後は通常の診療に移ります

※ どちらをお選びいただいても、治療方針や処置内容は変わりません。素直にお選びください

4. 以前の治療で何かトラブルはありましたか？

特にない 血が止まりにくかった
 気分が悪くなった
 その他()

5. おタバコは吸われますか？

一度も吸ったことがない・吸わない
 今は吸わないが以前吸っていた(年 前 本/日)
 吸う(本/日)

6. 次に示します疾患がありますか？ またこれまでに大きな病気(入院・手術を要するもの等)にかかったことがありますか？

使用する麻酔や鎮痛剤、治療方針に影響しますので、もれなくお答えください

- ない 心臓の病気 腎臓の病気 肝臓の病気
- 血液の病気 甲状腺の病気 骨の病気
- てんかん ぜんそく 脳・血管の病気
- 高血圧(値 /) 糖尿病
- 肝炎(A・B・C・アルコール性)
- 骨粗しょう症 HIV(エイズ)
- その他()

7. 現在他の医療機関に通院されていますか？

医療機関名()
受診日・治療内容など

8. 服用中、もしくは定期的に注射・点滴しているお薬がありましたらお答えください

- ない
- ある 薬剤名がわかればお答えください。もしくは、お薬そのものやお薬手帳など、お薬名がわかるものをご呈示ください。

薬剤名()
()
()

裏面もご記入ください

9. アレルギーがありましたらお答えください

- ない・特に調べたことがない
 ある()

10. 当院はマイナ保険証による診療情報取得に対応しておりますので、マイナ保険証ご利用の場合、費用が安くなることがありますが、患者様の同意が必要となります

- マイナ保険証による診療情報取得に同意する
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しない

※ 同意されない方のみ以下にお答えください
この1年間で健診を受けたことがありますか？

- はい 指摘事項等()
 いいえ

11. 他の医療機関の紹介状をお持ちですか？

- 持っている
 持っていない

12. ※ 女性の方におたずねします

ア) 現在妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい(妊娠 ヶ月)※わかる方のみ

イ) 授乳中ですか？

- いいえ はい

13. 治療方針などのご要望についてお答えください

ア) 治療について

- 困っているところに関する治療以外はしたくない
 悪いところがあれば治療してほしい
 悪いところがあれば、まず説明を聞きたい
 歯科的に最適な治療をしてほしい

イ) 治療時間と期間について

- 少ない来院回数で治したい(一度に90~120分程度長い時間の予約をまとめて取るため、長時間の治療に耐えられる方向けです。また、長時間の予約はなかなか予約枠が押さえにくいため、治療期間は長くなりがちです。症状が軽く、ゆっくり腰を据えた治療で問題ない方向けです)
 なるべく早く治したい(予約をどんどん取れるように、治療内容を細かく分けて、30~60分の予約で1~2週間に一度のペースを保ちつつ治療をなるべく早く進めていきます。細かく予約を取ることができる方向けです)
 処置内容に応じて最適な時間と期間で行ってほしい(治療によって、一度に長い時間が適切なものもあれば、一度の時間は短く、頻度を多く診ていった方がよいものもあります。治療の精度を最優先に、時間と期間を決めて欲しい方向けです)

ウ) 保険診療と自費診療(保険がきかない治療)について

自費診療例:

保険の抜歯適応の歯を抜歯せず残す

保険の抜髄(神経を抜く治療)適応の歯の神経を残す等

- 基本保険がきく部分は保険で行い、明確にメリットが大きいものに関してのみ自費の治療の説明を聞きたい
 すべての治療において、保険と自費両方の治療方針を聞いて、最適な治療を選びたい
 歯を抜いたり、神経を取ったり、見た目や機能が不十分でも構わないので、保険がきく治療のみ希望

エ) 麻酔(注射)について

- 痛みが少しでもあるなら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たくない
 その都度歯科医の判断にまかせる

14. ※ 初診の方におたずねします 当院を選ばれたきっかけは何ですか？(複数任意)

- たまたま通りかかって 家・保育園・学校が近い
 電話帳 チラシ ホームページ YouTube
 インスタ Google 検索・MAP
 他院からの紹介(医名)
 知人からの紹介(お名前)
 その他()

15. 12歳未満のお子様はいますか？(任意)

(くりにいと歯科キッズクラブのご案内をさせていただくことがあります。)

- いる いない

16. 他に何かあればお書きください

例: 転勤や引っ越しで○日までに痛みを取ってほしい

○月に結婚式があるのでそれまでに綺麗な歯にしたい、仕事でなかなか休めないなので、回数を最小限にしたい、子供も一緒に診療室に入りたい 等

問診票は以上です。ありがとうございました。

当院では、防犯および患者様対応の質向上のため、防犯カメラや録音機器を使用させていただいております。また、口腔内やお顔の一部を加工した画像を、各種資料として使用させていただく場合がございます。あらかじめご了承くださいませようお願い申し上げます。