

問診票

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 自宅 ☎ \_\_\_\_\_ 携帯 ☎ \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ 職場 ☎ \_\_\_\_\_

この問診票は、来院された方に健康状態などをお尋ねし、安心して歯科診療を受けて頂くために記録するもので、記載された内容についての**秘密は厳守**いたします。

診療時に問診票に記載された事について再びお尋ねすることがありますが、何卒、ご協力をお願いいたします。また、問診票に記入しづらい事がありましたら、担当医師に直接お話し下さい。

**受診期間中、健康状態に変化等がございましたら、必ずお申し出下さい。**

\*以下に記載された質問にお答え下さい。

本日はどうされましたか？(複数回答可)	<input type="checkbox"/> ムシ歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> つめたものや銀歯がはずれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯の汚れを落としたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れて欲しい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 健診希望 <input type="checkbox"/> その他( )							
具合の悪いところを教えてください	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> <td rowspan="2" style="padding-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>歯 <input type="checkbox"/>舌 <input type="checkbox"/>あご(右・左・両方) <input type="checkbox"/>歯ぐき  <input type="checkbox"/>かみあわせ <input type="checkbox"/>口内炎 <input type="checkbox"/>入れ歯  <input type="checkbox"/>その他( )         </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>	右上	前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> かみあわせ <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他( )	右下	前	左下
右上	前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> かみあわせ <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他( )					
右下	前	左下						
お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(しみる・少し痛い・ひどく痛い・腫れている・かむと痛い)							
歯の治療経験について教えてください	・過去に治療したことは？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 年 月頃) ・麻酔注射をして具合が悪くなったことは？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状 ) ・歯を抜いた時、具合が悪くなったことは？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状 ) ・血が止まらなかった経験は？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 年 月頃)							
現在または過去にかかった病気がありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A・B・C型肝炎) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他( )							
現在、服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬品名 )							
薬やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )							
女性の方のみお答え下さい 現在妊娠又は授乳されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中							
治療を受ける場合のご希望をお訊かせ下さい	<input type="checkbox"/> 悪いところ全てを治したい <input type="checkbox"/> 現在、痛むところや困っている部分 <input type="checkbox"/> 相談の上治療したい							
保険・自費診療についてご希望をお訊かせ下さい	<input type="checkbox"/> 全て保険での治療を希望 <input type="checkbox"/> 全て自費での治療を希望 <input type="checkbox"/> 場合により自費での治療を希望							
当医院にご家族・ご親戚の方が来院されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(氏名 )様							
当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族が来ている <input type="checkbox"/> 当医院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者氏名 )様 <input type="checkbox"/> その他( )							

## 〈ご意見お聞かせください〉

アンケートを通して、より良い医療の提供を行いたいと考えております。  
ご協力お願いいたします。

Q1 あなたは歯科医院を選ぶときどのような点を重視していますか？（複数回答可）

- |                                  |                                    |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 評判      | <input type="checkbox"/> 家や会社からの距離 | <input type="checkbox"/> 医療の知識や技術  |
| <input type="checkbox"/> 料金面     | <input type="checkbox"/> 予約のとりやすさ  | <input type="checkbox"/> 予防を重視する医院 |
| <input type="checkbox"/> 歯科医師の対応 | <input type="checkbox"/> 丁寧な説明     | <input type="checkbox"/> 小児歯科があること |
| <input type="checkbox"/> 清潔さ、環境  | <input type="checkbox"/> スタッフの対応   | <input type="checkbox"/> 駐車場があること  |
| <input type="checkbox"/> 最新の設備機器 | <input type="checkbox"/> 治療期間が短い   | <input type="checkbox"/> その他( )    |

Q2 以前通っていた歯医者では悩みや不満がありましたか？

Q3 こんな歯医者だったらいいな、という要望はありますか？

Q4 何が決め手となって当院を選びましたか？

Q5 その他 要望やご質問等ありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。