

受診日 年 月 日



初診アンケート

ふりがな お名前	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	男女
ご住所	自宅TEL 携 帯	
ご職業	勤務先名	電 話

当院を選ばれた理由	<input type="checkbox"/> ご紹介 (_____ 様) <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページを見て <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 看板・広告を見て
-----------	--

通院しやすい曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 平日の夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
----------	--

より良い治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態や診療希望をおたずねします。できるだけ正確にお答えください。
(患者様の個人情報、診療と医療サービスの提供にのみ使用します。なお、ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。)

今日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診のため <input type="checkbox"/> インプラント処置希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニング処置希望 <input type="checkbox"/> 歯の清掃希望 <input type="checkbox"/> アゴが痛い <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 親知らずの治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い…理由 (_____) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (_____ 月) <input type="checkbox"/> 授乳中
現在病気やお怪我をされていますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある… <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (病名 _____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息
現在服用 (常用) している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (本日お薬手帳はお持ちですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
骨粗しょう症の治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある… <input type="checkbox"/> 注射剤 <input type="checkbox"/> 経口剤
おタバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前まで) <input type="checkbox"/> 喫煙している (_____ 本/日)
治療費用のご希望を教えてください。	<input type="checkbox"/> 治療内容に関わらず、安価な治療を受けたい <input type="checkbox"/> 治療内容、費用、期間など相談して治療を受けたい
食品・薬品に対してアレルギー・特異体質はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)
今まで歯科治療で異常を感じたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)
最後に歯医者に行かれたのはいつ頃ですか？	(_____)

- 虫歯 痛いところだけ 問題があればやりかえ検討 より良い治療でやり直し希望
- 歯周病 今ある痛みや腫れだけとめたい リスクの高いところだけ治療したい 完全に治したい
- メンテナンス 必要ない 一度してみたい 定期的に行っていきたい
- 矯正 興味ない 必要が知りたい 説明を聞きたい やりたい
- 歯の欠損している部分はありますか？
 ない ある… インプラントについて説明を聞きたい 固定式でやりたい ひと通り説明を聞きたい このままでいい

優先順位の高い順に①～⑦の番号を付けて下さい。

() 治療の精度 () 見た目 () 説明 () 治療期間 () 待ち時間 () 無痛 () 治療費

何かご要望はありますか？ (_____)