

# 問 診 票 【成 人 用】

初診来院日： 年 月 日

カルテ No. \_\_\_\_\_

|      |   |      |                   |
|------|---|------|-------------------|
| ふりがな |   | 生年月日 | 西暦 年 月 日 ( 歳) 男・女 |
| お名前  |   | ご職業  |                   |
| ご住所  | 〒 | 連絡先  | TEL:<br>Email:    |

わかる範囲で下記について教えてください。

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 当院を選んだ理由                     | <input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者： ） <input type="checkbox"/> 近所（職場・自宅）<br><input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他（Instagram・駅の看板・他： ）                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
| 本日の症状                        | <input type="checkbox"/> 痛みがある（歯・歯肉・舌・頬・顎・入れ歯・その他： ）<br><input type="checkbox"/> 取れた（詰め物・被せ物・その他： ）→取れたもの〔有る・無い〕<br><input type="checkbox"/> 歯周病が気になる（歯石取り・口臭・歯肉から出血するなどもこちら）<br><input type="checkbox"/> 歯の色が気になる（ホワイトニング・詰め物の色・ステインなど）<br><input type="checkbox"/> いびきが気になる（睡眠時無呼吸症候群）<br><input type="checkbox"/> 歯並びが気になる<br><input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> その他（ ）                  |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
| 気になる部位<br>（○で囲む）<br>いつから？    | 右上奥歯 / 上前歯 / 左上奥歯<br>右下奥歯 / 下前歯 / 左下奥歯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>【部位】</b> 顎(右・左) / 頬(右・左) / 舌(右・左)<br><b>【時期】</b> <input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 何度かある<br>( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前 |     |     |     |     |
| 現在・過去で<br>病気をしたこと<br>ありますか？  | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息<br><input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> アレルギー（果物・薬 etc： ）<br><input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー<br>現在飲まれているお薬（お薬手帳をお持ちください）： ( ) |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
| 1 日の歯ブラシ<br>タバコ・お酒           | ・歯ブラシ：朝・昼・夜 <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ<br>・タバコ： ( ) 本 / 1 日<br>・お酒：〔飲まない・時々・週 1 日～2 日・週 3 日～5 日・毎日〕                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
| 歯科治療に<br>ついて                 | ・麻酔の経験：〔有・無〕→その時に気分が悪くなったこと：〔有・無〕<br>・型取りに吐き気がやすい：〔有・無〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
| 来院しやすい<br>曜日や時間に☑<br>をお願いします |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 日曜日                                                                                                                                                         | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 |
|                              | 午前 10:00-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
|                              | 午後 15:30-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |
|                              | 午後 17:00-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                       |     |     |     |     |
| 確認・同意<br>サイン                 | *女性の方へ：現在妊娠中・現在授乳中など体調が悪い時は無理せず、何かありましたら女性スタッフにお声掛けください。<br>**治療算定において：保険診療において治療回数および期間が定められております。そのため、入れ歯の調整など月に 2 回以降に関しては 30 分あたり 2,200 円～3,300 円費用（自費）がかかります。治療には最善を尽くしますが、満足のいかない結果となる場合もございます。ご了承ください。「診療前に」をご理解の上、同意いただけましたらご署名をお願いいたします。<br><br>記入日： 年 月 日 記入者署名：_____                                                                                                                                         |                                                                                                                                                             |     |     |     |     |