

## アクシア中野デンタルクリニック 問診票

記入日 西暦 年 月 日

|                           |  |        |     |                 |
|---------------------------|--|--------|-----|-----------------|
| ふりがな                      |  | 身体上の性別 | 配偶者 | 未成年のお子様         |
| 氏名                        |  | 男・女    | 有・無 | 無・有( )名( )歳/男・女 |
| ※女性の方                     | <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠している ( )週目 <input type="checkbox"/> 授乳中 ( )ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊活中   |        |     |                 |
| 生年月日                      | 西暦 年 月 日 ( )歳  |        |     |                 |
| 住所                        | 〒 -  |        |     |                 |
| 連絡先<br>※必ず連絡の取れる番号でお願いします | 携帯)  |        |     |                 |
|                           | 自宅)  |        |     |                 |
|                           | その他)   |        |     |                 |
| メール                       |  |        |     |                 |
| ご職業                       | <input type="checkbox"/> 経営者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 主婦(夫) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |     |                 |

## 1. 本日はどうされましたか？（複数回答可）

- 定期検診      歯の予防      医療ホワイトニングを受けたい  
歯が痛い      歯が染まる      詰め物・被せ物が取れた      歯が黒くなっている  
歯茎が腫れている      歯茎にできものができている      抜歯と言われた（部位： ）  
歯の欠損がある（部位： ）      親知らずの抜歯をしたい      入れ歯が合わない／造りたい  
顎に症状がある      セカンドオピニオン（何院ご相談に行かれましたか？ 院）  
その他（ ）

詳細をご記入ください。

いつ頃：\_\_\_\_\_ 部位：\_\_\_\_\_ 痛みの有無：有・無

## 2. 過去の歯科医院にて、不快だったことなどはありますか？

- なし あり ( )

## 3. 過去の歯科治療で異常（例：麻酔時や抜歯時など）はありましたか？

- なし あり（症状： ）

4. 治療において重視するものを3つお選びください。

- 審美性 機能性・噛み合わせ 費用 回数・期間 長持ちする 痛み・怖さ 安全性 再発リスク

※期間の希望がある場合： 年 月 日まで

## 5. 治療のご希望について（複数回答可）

- 分かりうる健康上のリスクは教えてほしい  
考えられる治療方法は聞きそこから検討し最良の治療を決めたい  
同じことを繰り返さないようにしたい  
痛みなど症状が出ている箇所以外にも問題がある場合は治したい  
今だけ数年だけではなく、生涯健康に食事が楽しめるようにしてほしい  
気になるところだけを希望

※恐れ入りますが裏面もご記入をお願いいたします

6. 歯に関して、ご自身が気をつけていることはありますか？

- フッ素濃度の高い歯磨き粉を使用     歯磨きの時間を長めにしている（ 分）     歯磨きの回数（1日 回）

歯ブラシにこだわっている     電動歯ブラシを使用     洗口液を使用     マウスピースを使用     フロスを使用

自分が虫歯タイプ・歯周病タイプ・噛み合わせ不良タイプなど理解している

できるだけ歯の負担を考えて噛んでいる     定期検診は欠かさず受けている     できるだけ良い治療を受けている

特に気をつけていない     その他（ ）

7.アレルギーはありますか？

- なし あり (ありの場合は詳細を下記にご記入ください)  
食事( ) 金属( ) お薬( ) その他( )

8.喫煙はなさいますか？（電子タバコも含む）

- いいえ  はい：喫煙歴 年（ 杖／日程度）  過去に吸っていた：禁煙歴 年（ 喫煙歴 年）

## 9.普段の血圧について

- 高め  正常  低め ※数値がわかる場合 (        /        mmHg)

10.既往歴についてお伺いします。治療に影響する可能性があるので、治ったものも必ずお書き下さい。

- なし あり (ありの場合は下記にご記入ください)  
糖尿病 高血圧 心疾患 骨粗鬆症 脳出血 脳梗塞 喘息 血液疾患  
腎臓病 肝臓病 肝炎 悪性腫瘍 その他 (病名: )  
＜ある方にお聞きします＞ 通院中 完治している 治療期間 年 月～ 年 月まで

11. 現在服用中のお薬・サプリメントはございますか？本日、お薬手帳などをお持ちですか？

- 服用なし  服用あり (薬の名前: )  手帳なし  手帳あり

12.健康上気をつけていることはありますか？

- 食事の頻度・量に気をつけている  飲酒の頻度・量に気をつけている  定期的に運動をしている  
 間食の頻度・量に気をつけている  食事の栄養バランスに気をつけている  サプリを飲んでいる  
 健康食品（例：青汁）を摂取している  睡眠時間をしっかり確保している  趣味などでストレスを発散している  
 タバコを吸わない  その他（ ）

13.当院をどのようにお知りになりましたか？（最初のきっかけ）

- ご紹介（紹介者様名： ）  公式ホームページ  ポータルサイト（Google 等）  SNS（Instagram等）  
 建物外観を見て  看板を見て  その他（ ）

14 来院を決められた理由は何でしょうか？（複数回答可）

- 専門的な分野が強いから  総合的な治療が可能だから  説明がしっかりしているから  症例が良かったから  
 料金が明確で安心できたから  安心感があったから  駅近だったから  駐輪場があるから  
 紹介されたから  Googleの口コミが良かったから  
 その他（  
                        ）