



問診票

一番町小川歯科クリニック

記載日 年 月 日

治療を行う際必要な事柄です... 尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。

Form with fields: ふりがな, お名前, ご住所, E-mail, ご職業, お勤め先, 生年月日, 昭・平, 年, 月, 日生, (歳), 携帯電話, 自宅TEL, 会社員, 自営・自由業, 主婦, パート・アルバイト, 学生, その他, 社名, TEL

通院に便利な曜日と時間帯: 月 火 水 木 金 土 午前・午後 時頃

- 当医院をどちらでお知りになりましたか?
紹介 (様) ホームページ 看板 口コミ その他

- ご来院の理由をお聞かせ下さい。
定期健診 歯が痛い 歯がしみる(冷・温) 詰め物・冠がとれた(前歯・奥歯) 親不知を抜きたい
歯肉が痛い 歯肉から出血する 顎が痛い クリーニングをしたい 口臭
歯ざしり かみ合わせが悪い 入れ歯が合わない 詰め物や銀歯を白くしたい ホワイトニング
歯並び その他 ※応急処置のみ(他の医院に通院中・出張中の場合)

- 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか?
はい(妊娠ヶ月) いいえ 授乳中

- 過去に大きな病気をされた、または現在かかっている病気はありますか?
いいえ 心臓の病気 肝臓の病気(肝炎A型・B型・C型) 胃腸の病気 脳梗塞
貧血 腎臓の病気
血液の病気 喘息 甲状腺

- 下記項目に関して、治療で最も重視される事に○をつけてください。
①() 装着する詰物・かぶせ物・入れ歯などが、出来るだけ長くもつこと(耐久性)
②() 治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性を出来るだけ低くすること(再発リスク)
③() 自然に美しく見えること(審美性)
④() 天然歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること(機能性)
⑤() 金属アレルギーなどになりにくく、出来るだけ身体にとって安全であること(安全性)

- 下記項目より、該当するものをひとつ選び○をつけてください。
() 前問①~⑤の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが、最も重要である。
() 費用は少ない方がいいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で、前問の各項目も考慮にいれ治療方法を検討したい。
() 費用よりもお口の健康を優先して、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。

当院ではお体にあわせて治療を行います。治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師、並びにスタッフにおたずね下さい。