問　診　票

年　月　日

医療事故を防止し、より良い治療を行うための参考となる情報ですので、ご自身もしくは保護者様が正確にお答えくださるようお願いいたします。
ここで得られた個人情報は診療以外の用途に使用することはございません。

フリガナ 氏　名		連絡先	☐携帯　☐自宅　☐職場　☐その他 (　　)　　-
住　所	〒　-		

◆どうなさいましたか？

（　　）

◆歯の治療の時に緊張しますか？

☐あまり緊張しない　☐とても緊張する　☐よくわからない

◆今まで、歯の治療中や治療後に異変を感じたことがありますか？

☐ない
☐麻酔をしたときに気分が悪くなった　☐抜歯・処置後に血が止まりにくかった
☐処方された薬でアレルギーを起こした　☐麻酔がききにくかった
☐その他（　　）

◆アレルギーはありますか？（薬、食物、金属、他）

☐ない　☐ある（　　）

◆現在の健康状態についてお聞かせください（正確にお答えください）

☐良好　☐健診を受けてないのでわからない
☐高血圧（状態：　　）　☐糖尿病（状態：　　）
☐脳梗塞・脳卒中（いつ頃：　　）　☐心筋梗塞・狭心症（いつ頃：　　）
☐肝炎（状態：　　）　☐ペースメーカー　☐人工透析
☐喘息　☐骨粗鬆症　☐リウマチ
☐その他（　　）

◆現在服用している薬はありますか？

☐ない　☐ある（薬の名前：　　）

◇飲んでいるサプリメントはありますか？

☐ない　☐ある（サプリメントの名前：　　）

◇今回の治療の部位について（治療計画や治療期間に影響します）

☐今気になっているところだけ治したい（他にも治療した方が良いところの説明：**必要・不要**）
☐治療の必要があるところは全部治したい

◇今回の治療法について

☐保険内の治療だけにして欲しい（より良い治療法があっても保険外の治療法の説明は一切不要）
☐より良い方法があるなら保険外でも説明は聞きたい

◇一回の治療にかける時間について

☐一回の治療時間を短くして欲しい（待ち時間ではありません）
☐丁寧に治療して欲しい（一度に多くの治療はできません）
☐治療の質より一度にたくさんの治療をして欲しい

◎女性の方へ

☐妊娠中（　　週）　☐授乳中　☐生理中（血が止まりにくくなります）

↓裏面の記入にもご協力ください

◇当院をどのようにしてお知りになりましたか？

☐知人・家族から　☐広告　☐電話帳　☐インターネット　☐通りがかり

☐その他（　　）

◇当院を選んだ理由は？

☐治療に使う水全てに除菌力が高く安全なオゾン水を使用しているから

☐歯をできるだけ削らず、痛みの少ないむし歯治療を導入しているから

☐口内細菌叢検査や口内細菌叢改善療法による予防法を導入しているから

☐高度な入れ歯を取り扱っているから

☐自分に合ったサプリメントの提案をしてもらえるから

☐点滴療法による免疫力向上や美容、アンチエイジング治療を導入しているから

☐食事指導、生活習慣の指導、栄養療法によりできるだけ薬に頼らない治療を導入しているから

☐かみ合わせに関連する首・肩・背中のコリや、その他の不調を緩和する治療を導入しているから

☐他の歯科医院であまり改善しなかったから

☐知人・家族の勧め（ご紹介者：　　）

☐自宅から近いから　☐土曜日も夕方まで診療しているから

☐その他（　　）

◇その他のご意見、ご要望など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。

ユア デンタルオフィス
YOUR DENTAL OFFICE