

問 診 票

フリガナ		男 女	生年月日 T・S H	年	月	日 (歳)
お名前						
ご住所	〒 マンション名()			TEL ()	携帯 ()	
ご勤務先・学校名						
E-mail	@					
スムーズな診療を提供するために、ご予約の前日にメールにて確認の連絡を差し上げております。						

* 本日はどうなさいましたか？(気になる項目すべてにチェックを入れて下さい)

- 痛い (しみる ・ ズキズキ痛い ・ かむと痛い ・ 腫れて痛い ・ 歯以外が痛い)
- 詰め物が取れた 虫歯の治療がしたい 全体的に検査をしてほしい
- クリーニングしてほしい 歯並びが気になる 噛み合わせが気になる
- 口の中にできものがある 口臭が気になる 入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい
- ホワイトニングをしたい インプラントを入れたい
- その他()

* 上記はどこの部分ですか？また、いつごろからですか？

- 右上 (奥 ・ 前) 右下 (奥 ・ 前) 左上 (奥 ・ 前) 左下 (奥 ・ 前)
- 全体 その他の部位()
- 今日から 昨日 () 日前 ずっと前から

* 次の病気があると言われた事がありますか？また、現在の状況は？

高血圧	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
喘息	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
糖尿病	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
血液疾患	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
肝炎・肝臓病	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
心臓病	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
胃腸疾患	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
腎臓病	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
リウマチ	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中
アレルギー	<input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> 食べ物	<input type="checkbox"/> 薬品
その他の病気	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 様子見中

詳しい診断名が分かる方はご記入下さい()

* 現在服用中のお薬のある方はご記入下さい。また、お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

⇒2ページ目のご記入もお願い致します

*前回、歯科治療を受けられたのはいつごろですか？

年 月頃 その目的は(虫歯の治療・健診・その他)

*ご自身で、虫歯になりやすい体質だと思いますか？

なりやすい 少しなりやすい 普通 なりにくい

*家族構成を教えてください

配偶者あり 配偶者なし お子様がいる(人)

*タバコは吸われますか？

いいえ はい → (1日あたり 箱ぐらい 本ぐらい)

*女性の方に質問です。現在妊娠中ですか？

いいえ はい → (現在 月、予定日 月 日)

*当院を選ばれた理由を教えてください(いくつでも可)

知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:)
 建物を見て ホームページを見て 口コミサイト 通りすがり
 近いから 院長・スタッフの知り合い 田端での通院歴がある
 その他()

* (上記で「紹介」を選ばれた方へ) 当院の事をどのようにお聞きになりましたか？

治療が上手だと聞いて よく説明してくれると聞いたので
 先生が親切だと聞いて 予防歯科を行っているので
 短期集中治療をしてくれるので 痛くないと聞いたので
 最新設備があるので 歯周病予防に力を入れていると聞いたので
 その他()

* 歯科医院にかかるうえで、苦手なこと・嫌なことは何かありますか？

例: 痛いのがいや・口を長くあけているのが苦手

()

* その他、ご希望やあらかじめ伝えておきたい事などございましたらなんでもお書き下さい

例: 長期出張予定が入ってるので今月中に終わらせたい・痛みに敏感なので麻酔は必ず使ってほしい

()

ご協力ありがとうございました

私たちスタッフ一同、これから貴方の歯の健康を取り戻すために精一杯努力させていただきます。
ふじさわ歯科クリニック

診療申込みアンケート

氏名 _____

ふじさわ歯科クリニックでは、患者様それぞれの個性に応じた治療を行うために、アンケートを実施しております。ご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。当てはまる項目に○を付けてください。

- 欧米での80歳での歯の本数が20本あるのに対して、日本では7本しかありません。平均的な日本人のほとんどが将来入れ歯になってしまっているのに対し、欧米の人はそうではありません。これは日本の予防歯科が30年遅れているからに他なりません。(予防歯科は、一部自費負担になる場合があります)

1. 予防歯科について興味がある。やってみたい。
2. 今は忙しくて予防歯科を行う時間が無い。現在の悪いところの治療だけお願いします。
3. 予防歯科について話だけでも聞いてみたい。

- 口の中には4つの問題があります。虫歯、歯周病、かみ合わせ、見た目です。虫歯やかみ合わせ、見た目については自覚しやすいのですが、歯周病は自覚症状が出づらいため、手遅れになりがちです。歯周病は日本国民の80%がかかっていると言われる国民病です。(歯周病の治療には1～3ヶ月の期間を要します。)

1. 歯周病について興味がある。治療をしてみたい。
2. 今は忙しくて歯周病治療を行う時間が無い。緊急性のある部位の治療だけお願いします。
3. 歯周病について話だけでも聞いてみたい。

- 歯科治療の目的とは、見た目が良く、痛くなく、よく噛めて、長持ちすることです。それを達成するには、細菌や噛む力など、総合的なバランスを考えた治療をしなければなりません。本当の治療とは、今痛いところの治療だけでは

なく、このままでは悪くなってしまおうところを予めそうならないようにする治療なのです。

1. 口の中全体と将来的なことを考えた歯科治療に興味がある。治療してみたい。
2. 今は忙しくて全体的な治療を行う時間が無い。緊急性のある部位の治療だけお願いします。
3. 口の中全体と将来的なことを考えた歯科治療の話だけでも聞いてみたい。

- 優先順位の高い順に1～7の番号を付けてください。

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

- 次の中から興味のある治療内容について○をつけてください。(複数回答可)

・虫歯治療 ・歯周病治療 ・インプラント治療 ・矯正治療 ・審美歯科治療 ・ホワイトニング
・歯の神経の治療 ・顎関節症 ・かみ合わせ治療 ・はぎしり、食いしばり ・入れ歯治療

*ご協力ありがとうございました。

このアンケートが皆様の治療の充実に十分に活かせるよう、最大限の努力をしていきたいと思っております。これからよろしくお願い申し上げます。

ふじさわ歯科クリニック スタッフ一同

ふじさわ歯科クリニック キャンセルポリシー

この度は数ある歯科医院の中から当院をお選びいただき、ありがとうございます。下記のキャンセルポリシーをお読みいただき、ご了承いただいた方は最後にご署名をお願いいたします。

①お約束の時間に必ずお越しください。

(お約束時間の5分前にはご来院をお願いいたします。)

※皆様が時間通りにご来院いただくことでスムーズに診療を行なうことができ、その結果、お待たせすることなく治療を始めることができます。

②お約束時間にお越しにならない場合は、無断キャンセルと判断させて

いただくことがあります。

※無断キャンセルが2回あった時点で、次からはご希望のお約束は取れません。確実にお越しただける当日にご連絡いただき、調整させていただきます。

③日時の変更がある場合は、3日前までにご連絡ください。

※キャンセルされた方のお時間で、歯の痛みのある方や、お困りの方を一人でも多く診療することが可能になります。事前の変更連絡はお早めをお願いいたします。ただ、事前の変更連絡をいただいたとしても3回連続の変更があった場合は、その時点でご希望のお約束をとることができなくなりますのでご注意ください。

以上のご協力をお願いいたします。

ご署名 _____