



船橋総合歯科・矯正歯科

問診票

記載日：令和 年 月 日

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

	フリガナ ----- （ 男 ・ 女 ）
お名前	
生年月日	年 月 日 （ 歳 ）
ご住所	〒
携帯番号 携帯をお持ちでない方はご自宅の番号	

以下の質問はより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、できるだけ正確にお答えください。

本日はいかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯のお掃除 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> お口の中の検査・相談 <input type="checkbox"/> 歯並びの検診・相談 <input type="checkbox"/> マタニティデンタル <input type="checkbox"/> その他（ ）
症状や気になることを簡単に教えてください（後ほどの問診で詳しくお伺いします）	
現在のお体の状態を教えてください	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 血液系疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週 ） <input type="checkbox"/> その他（病名： ）
現在飲んでいる薬はありますか	なし ・ あり（薬名： ）
アレルギーはありますか	なし ・ あり（ ）
最後に歯科を受診したのはいつ頃ですか	<input type="checkbox"/> 受診歴なし <input type="checkbox"/> 受診歴あり（最後の受診は 年前・ ヶ月前・ 日前） 受診歴がありの方： 市川ビルさとう歯科医院 ・ 船橋こども歯科 ・ その他の歯科医院 処置内容： 治療 ・ お掃除 ・ 検診 ・ その他（ ）
歯科治療（麻酔や抜歯など）で異常が出たことがありますか	なし ・ あり（ ）
通いやすい曜日や時間帯はありますか	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 不定期 曜日（ ） 時間帯（ ）
お子様お預かりサービスのご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（お子様のお名前： 、年齢： 歳 カ月 ）
当院を選んでくださった理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 知人や医療機関からの紹介（ 様 ）

↓ご自身の歯について教えてください。

自分の歯の本数	（ ）本だと思う、80歳の時には（ ）本残したい
ご自分の口もとが気になりますか	いいえ ・ はい ↓『はい』の方 いつからですか？： 数か月前から ・ 2～3年前から ・ 子供の頃から きっかけ： 写真を見て ・ 人に言われて ・ 鏡を見て ・ その他（ ）
気になっていることを教えてください	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> ヤニ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ <input type="checkbox"/> 歯茎からの出血 <input type="checkbox"/> かぶせ物の色 <input type="checkbox"/> かぶせ物の形 <input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 歯の形 <input type="checkbox"/> 歯のすき間 <input type="checkbox"/> 歯並び
ご自分の歯を残すためにどんなことに興味がありますか	<input type="checkbox"/> 定期的なクリーニング <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他（ ）