❖初診受付票（成人用）Ver.1

カルテNo.　　受付日：　　年　　月　　日

当医院は、あなたの健康状態を知り安全な歯科治療に努めたいと考えております。正確にご記入お願い致します。

フリガナ	姓	名	性別	生年月日
ご氏名			男・女	西暦　　年　　月　　日生　　歳
家族構成(続柄)			身長・体重	cm/　　Kg
現住所	〒　　ー			
ご職業		お勤め先		職種
連絡先	携帯：　　ご自宅：　　メールアドレス：			

※毎回発行される『診療明細書』が不要な方は省略させて頂きます　　必要 ・ 不要

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　　はい・いいえ

◆歯について

[1] 本日はいかがされましたか？

[2] その他にご希望があれば教えてください　　※複数回答可

☐ 予防歯科を受けたい　☐ 検診希望　☐ メインテナンス希望　☐ 歯を白くしたい

☐ 歯が痛い　いつから(　　前～)　痛み止めの服用　無・有(薬品名：　　)

※痛みの程度に○ → かすかに・かなり・強く・耐えられないほど

☐ 虫歯　☐ 詰め物が取れた　☐ インプラント相談　☐ 歯くぎのトラブル

☐ 歯周病　☐ 入れ歯のトラブル　☐ 顎のトラブル　☐ 口の中のできもの

☐ いびき　☐ はぎしり・くいしばり　☐ 睡眠歯科　☐ セカンドオピニオン

☐ 矯正相談　☐ その他(

[3] 今回より前に歯科の診療を受けたのはいつですか？

☐ 行ったことがない　☐ 当医院で(　　)年前に受診した

☐ 他の医院で受診した：治療・定期検診（メインテナンス）

（いつ頃：　　）　⇒ 現在は、☐完治した　☐通院中　☐途中で止めた

◆歯以外の病気について　　※歯科治療を行うにあたって大切な質問です

[4] 通院中・治療中の病気や、過去の病歴はありますか？　　※複数回答可

☐ ない

☐ 高血圧　/　mmHg　☐ 糖尿病 HbA1c　☐ ペースメーカー　☐ 心臓病(病名：　　)

☐ 脳血管疾患　☐ 腎臓病　☐ 骨粗鬆症　☐ リウマチ　☐ てんかん

☐ がん　☐ 肝炎(　　型)　☐ HIV　☐ 不眠症　☐ いびき・睡眠時無呼吸

☐ うつ病　☐ 自閉症　☐ パニック障害　☐ 統合失調症

☐ 喘息　☐ アレルギー(　　☐ その他 (　　)

かかりつけ医院　　主治医

※ご両親の既往歴　☐ 糖尿病　☐ 若年時の歯牙喪失(35歳以下)　☐ 歯周病　☐入れ歯使用　☐ 不明　☐ なし

☜問診票は表裏面がございます☞

[5] 過去の治療や、全身状態について教えて下さい

① 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ □ いいえ □ はい

② 血が止まりにくかったことがありますか？ □ いいえ □ はい

③ 歯周病の外科手術を受けたことがありますか？ □ いいえ □ はい（ 年 月）

④ 歯科矯正の経験がありますか？ □ いいえ □ はい

⑤ 現在、妊娠・授乳中ですか？ □ いいえ □ 可能性 □ はい：授乳中・妊娠 ヶ月 :予定日 / /

⑥ 手術を受けたことがありますか？ □ いいえ □ はい(内容)

◆お薬について

[6] 現在服用中の薬剤はありますか？

□ なし □あり／(□お薬手帳 □お薬)を持ってきている

①服用中の薬剤がある場合は、お薬・注射の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

(※骨粗鬆症服薬・注射開始日 年 月～)

②薬のアレルギーや、副作用が起きたことはありますか？ □いいえ □可能性・疑いあり □はい

「はい」の方はお薬の名前 ( )

◆生活習慣について

[7] 生活習慣について教えてください。

① 喫煙習慣は □ なし □ 過去にあり（ 歳～ 歳 1日 本程度）

□ あり(歳～ 1日 本程度）

禁煙経験 □ なし □ あり(歳～ 歳) □ 禁煙中(歳～)

② くいしばり、はぎしりの自覚症状 □ なし □ あり

③ ストレスの度合い(お仕事、プライベート、どちらでもあてはまるところに〇をつけてください)

ない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 とてもある

◆治療のご希望について

[8] ご希望の治療を教えてください。 ※複数回答可

□ できる限り保険を使った治療を希望する

□ 最善の治療方法の説明を受けた上で、先生と相談して決めたい

□ 費用がかかっても、最良の方法で治療してほしい

□ 悪いところはきちんと全部治療したい

□ 痛いところだけ、希望するところだけ、治してほしい。他は診てほしくない。

[9] ご通院可能な曜日と時間帯を教えてください（あてはまるもの全てに時間の記入または◯をお願いします）

月	火	水	木	金	土	シフト制	曜日問わず
： ～	： ～	： ～	： ～	： ～	： ～	不定期	いつでも/調整可能

◆ご来院のきっかけやご要望

[10] ご来院の動機を教えて下さい ※複数回答可

□ 家族・知り合いの紹介 紹介者(様)

□ 他の医院からの紹介（□ 紹介状を持っている 紹介元： ）

□ 自宅・職場に近いから □ ホームページを見て □SNSやインターネットの広告を見て

□ 当院の講話を受講して □その他（ ）

[11] ご要望があれば教えてください

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

☜問診票は表裏面がございます☞