

# 問 診 表

ユアーズ歯科パークフィールドクリニック

記入日 年 月 日

フリカナ				
氏 名	T・S・H	年	月	日生（ 歳）
〒 ご自宅	TEL	（ ）		
	携帯	（ ）		
携帯メールアドレス				
ご紹介者名				

◆下記の質問事項にお答え下さい（治療関係者以外の目にふれるものではありませんのでご安心下さい）

- 1 本日はどうなさいましたか？ □痛い（ ）  
 （複数チェック可） □ムシ歯の治療がしたい □検診希望  
 □歯のクリーニングがしたい □歯並びが気になる  
 □入れ歯を作りたい □インプラント相談  
 □その他（ ）

2 現在、服用中のお薬はありますか？ □NO □YES 薬名（ ）

3 体に合わないお薬があればお知らせください。 薬名（ ）

4 アレルギーがございますか？ □NO □YES（ ）

5 入院や手術の経験がございますか？ □NO □YES（病名： ）

6 以下の病気の経験がございますか？

- 喘息 □高血圧 □糖尿病 □肝臓病  
 □心臓病 □脳出血・脳梗塞 □血液疾患 □腎臓病  
 □胃腸疾患 □神経症・心身症 □その他（ ）

◆現在のお口の中の状況についてお聞きします

- 7 食事の際に歯と歯の間にものがよくつまりますか？ □NO □YES  
 8 □臭は気になりますか？ □NO □YES  
 9 冷たいお水がしみますか？ □NO □YES  
 10 就寝時に歯ぎしりをしますか？ □NO □YES  
 11 お口が開きづらかったり、あごの関節に痛みがありますか？ □NO □YES  
 12 歯科治療で麻酔の経験はございますか？ □NO □YES  
 13 歯科医院で歯を抜いた経験はございますか？ □NO □YES  
 14 その際ご気分が悪くなるなどの異常はございましたか？ □NO □YES  
 15 一日に何回歯を磨きますか？ □1回 □2回 □3回以上  
 16 最後に歯科医院に行かれたのはいつごろですか？ 年前（目的： ）  
 17 女性の方にお伺いします 現在、妊娠中ですか？ □NO □YES  
 現在、授乳中ですか？ □NO □YES

◆その他

18 肩がこる NO YES

19 自分は神経質だと思う NO YES

20 歯科恐怖症である NO YES

21 ご家族の中にむし歯や歯周病で苦労されている方がいる NO YES

22 当院を何でお知りになりましたか？

看板 評判 ご紹介 その他 ( )

ホームページ (どこに注目されましたか？: )

23 診察やアポイント (予約) についてのご希望がございましたらご記入ください。

◆インフォームドコンセント (説明と同意)

当院ではお口の中の状況や治療方針などにつきまして十分な説明を心がけております。ご理解いただいた内容について具体的な処置に入ります (一方的な治療は致しません) 治療に関するご要望やご質問がございましたら、遠慮なく担当医あるいは担当スタッフまでお尋ねください。

◆予約制のお願い

当院は予約制で患者様お一人お一人に十分な準備と診察時間を確保しております。

**直前キャンセルやご連絡のない無断キャンセルはお断りしております。**

来院が可能な日時にご予約いただきますようお願い申し上げます。

やむを得ない理由により変更を希望される際には必ず事前に連絡をお願い致します。

また、診療内容や担当医により診察の順番が前後したり、ご予約時刻より若干お待たせする場合がございます。ご理解とご協力をお願いいたします。

ご署名

---

◆キャンセル待ちシステム

現在、曜日あるいは時間帯によりご予約が取りにくく、ご不便をおかけしております。

できるだけ効率良く治療を進めていただくために、ご予約の空き (キャンセル) が出た場合に当院より連絡を差し上げる『**キャンセル待ちシステム**』を導入いたしました。ご希望される方は下記の欄にご記入下さい。

・ご希望曜日 : 月・火・水・木・金・土・日 (複数選択可)

・ご希望診察時刻 : 時 ~ 時頃

・ご連絡可能日 : 前日まで ・ 当日でも可

・ご連絡方法 : 携帯電話 ・ 携帯メール

ご記入ありがとうございました