問　診　票

より良い治療のために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。書ける範囲でかまいません。

はじめにお読みください

当院は、患者さんお一人おひとりに十分な時間をお取りしています。通われるすべての方のために、次の1点へのご協力をお願いしています。

・ご予約のお時間を守ります。

☐ **同意します**　☐ **同意しません**　※必ずどちらかに ☑ を　　ご記入日 ＿＿年＿＿月＿＿日

ふりがな お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿	性別 男 ・ 女	生年月日 昭・平・令 ＿＿年＿＿月＿＿日 （＿＿歳）
ご住所　〒＿＿＿＿－＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿		ご連絡先 自宅 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 携帯 ＿＿＿＿＿＿＿＿
メール ＿＿＿＿＿＿＿＿ ご勤務先 ＿＿＿＿＿＿＿＿		ご予約日をメール（SMS）でお届けします ☐ 配信を希望します　携帯 ＿＿＿＿＿＿＿＿

1 どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い　☐ 歯ぐきが痛い　☐ つめもの・かぶせが取れた　☐ 歯を入れたい ☐ 検査をしてほしい　☐ 歯を白くしたい　☐ 歯の清掃　☐ 歯並びをなおしたい ☐ その他（＿＿＿＿＿＿）
2 痛むところと、いつからか	☐ 痛みはない　／　部位： 左上奥　前上　右上奥　左下奥　前下　右下奥　頬　舌　唇　顔　その他 ☐ 今日はじめて　☐ （＿＿＿）日前から　☐ ずっと前から　☐ 時々
3 これまでに歯科へ行かれたことはありますか？	☐ ない　☐ わからない　☐ ある ⇒ 医院名（＿＿＿＿＿＿＿＿） ※他院から替わられた方へ。差し支えなければ理由をお聞かせください ☐ 特に不満はない　☐ 怖かった　☐ 治療内容に不満　☐ 説明不足　☐ 通いにくい ☐ その他
4 お口以外の健康状態と、これまでの大きな病気	健康状態：☐ 良好　☐ 調子が悪い（＿＿＿＿＿＿＿＿） ☐ 大きな病気は特になし　／　☐ ある・あった ⇒ 心臓病　脳血管障害　高血圧　糖尿病　肝臓病（B・C・他）　腎臓病　リウマチ 骨粗しょう症　膠原病　ぜんそく　がん　その他（＿＿＿＿＿＿） 数値がわかれば：血圧 ＿＿／＿＿　HbA1c ＿＿
5 かかりつけの病院と、お薬	かかりつけ・通院中：☐ ない　☐ ある（＿＿＿＿＿＿＿＿） お薬：☐ いいえ　☐ はい（＿＿＿＿＿＿＿＿）⇒ **お薬手帳をご提示ください**
6 アレルギーと、妊娠・授乳について	アレルギー：☐ いいえ　☐ わからない　☐ はい（＿＿＿＿＿＿＿＿） 妊娠（女性の方のみ）：☐ いいえ　☐ 可能性はある　☐ はい（＿＿ヶ月）　☐ 授乳中
7 麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？	☐ ない　☐ 血が止まりにくい　☐ 痛みが続いた　☐ 気分が悪くなった　☐ 熱が出た

次のページにも続きます ▶

ご希望をお聞かせください

治療の進め方を一緒に決めるためにお伺いしています。書ける範囲でかまいません。**空欄があっても診療は受けていただけます。**

8 歯を磨く回数と時間	1日＿＿回　1回あたり 約＿＿分　いつ磨きますか： ☐ 起床後　☐ 朝食後　☐ 昼食後　☐ 夕食後　☐ 就寝前
9 歯ブラシ以外の清掃用品	☐ 使っていない　☐ フロス　☐ 歯間ブラシ　☐ タフトブラシ ☐ その他（＿＿＿＿＿＿）
10 たばこを吸いますか？	☐ 吸う（1日＿＿本くらい）　☐ 吸わない　☐ 以前吸っていた（＿＿年前まで）
11 お食事・間食について	よく飲む飲み物：☐ なし　☐ あり（＿＿＿＿＿＿＿＿）　間食の取り方： ☐ 不規則に取る　☐ 規則正しく取る　☐ あまりしない
12 矯正治療を受けたことはありますか？	☐ ない　☐ ある（＿＿＿＿歳ごろ　医院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿）
13 治療後、どのような状態が理想ですか？ いくつでも ☑	☐ 誰にでも自慢できる輝くような口元に　☐ おもいっきり笑えるきれいな歯並びに　☐ 健康的に見える白い歯に ☐ 食べ物をしっかり噛める口に　☐ 自分の歯が長持ちしてほしい　☐ むし歯さえなければ気にならない
14 治療で不安に思われていることはありますか？ いくつでも ☑／いちばん気になる1つに ◎	☐ 自分にあった治療法かどうか　☐ 治療の期間　☐ 治療にかかる費用 ☐ 人から見られた時の審美性（見た目）　☐ かみ合わせの状態　☐ 治療した箇所が長持ちするか ☐ 金属アレルギー等の健康面　☐ 家族や友人への説明　☐ 職場や仕事への影響 ☐ 治療を行う価値　☐ 特にない　☐ その他（＿＿＿＿）
15 治療方法を選ぶとき重視することは？	☐ 治療期間や治療にかかる費用が少ない、最低限度の治療方法を選びたい ☐ 費用は少ない方が良いが、治療の違いについて説明を受けたうえで治療方法を検討したい ☐ 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療方法を提案してほしい
16 通院できる予定をお知らせください	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 午前 / 午後 来院できる曜日に ○、できない曜日に × 通院期限が決まっている方： ＿＿年＿＿月＿＿日までに終了希望 理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿
17 当院をお知りになったのは？ 1つに ☑	☐ Google検索　☐ Googleマップ　☐ AI検索（ChatGPT等）　☐ ドクターズファイル ☐ プロレコ　☐ Instagram　☐ 看板・通りがかり　☐ 以前から知っていた ☐ ネット（媒体は不明）　☐ ご紹介・ご家族が通院中（＿＿＿＿＿＿様） ☐ その他
18 同居されている12歳以下のお子さま	☐ いない　☐ いる ⇒（＿＿人）　年齢（＿＿、＿＿、＿＿歳）
19 そのほか、お伝えになりたいことがあれば	＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿

以上です。ご記入ありがとうございました。

受付記入欄　／　カルテNo.＿＿＿＿＿＿ 同意欄の ☑ 確認 ☐　／　流入経路を記録票へ転記 ☐　／　12歳以下のお子さま「いる」→ TCへ ☐　／　担当 ＿＿＿＿＿＿

ごとう歯科・矯正歯科
福岡市東区香椎駅東3-13-1 ／ TEL 092-672-6258

医院サイト