

診療前アンケート

私達の診療所に貴方をお迎えできる事を大変嬉しく思います。
貴方のお口の健康が生涯続く事を私達は願っております。
そのためには、私達の考え方を知っていただくと共に、私達が貴方を知る事が何より大切だと考えています。
以下、ご記入下さい。貴方を知るための参考とさせていただきます。内容は極秘にする事をお約束します。

記入日:平成____年____月____日

氏名(漢字): _____ 性別: 男・女 血液型: _____ 型

氏名(ひらがな): _____ 生年月日: 大正・昭和・平成 ____年____月____日 ____才

[〒 _____]
住所: _____

電話番号(自宅): _____ (携帯): _____

メールアドレス: _____ (ご予約の前日に確認メールを送信いたします)

職業: _____ 会社・学校名: _____ 電話番号: _____

当院を何でお知りになりましたか？

看板・スマートフォン・ホームページ・歯チャンネル・ご紹介(_____ 様)
その他 (_____)

1. ご来院の理由

- 歯が痛い 詰め物が取れた 歯石の除去など、歯の清掃のため 義歯を入れたい
 歯ぐきが痛い 歯並びを矯正したい 歯の噛み合せを直したい ホワイトニングをしたい
 その他 (_____)

2. どのような症状ですか？ (_____)

3. いつから症状がでていますか？ (_____)

4. 今回の治療は

- 悪い所は全部治したい 先生と相談して決めたい その他(_____)

5. 最後に歯医者に行ったのはいつですか？またその時の治療内容は？

(_____ 年 _____ ヶ月前) 治療内容(_____)

6. その他、ご希望があればご記入ください

(_____)

歯科に関する質問表

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1. 冷たい物や熱い物がしみる歯はありますか？ | はい ・ いいえ |
| 2. 歯ぐきから血が出ますか？ | はい ・ いいえ |
| 3. 歯ぐきが腫れることはありますか？ | はい ・ いいえ |
| 4. 口臭が気になりますか？ | はい ・ いいえ |
| 5. 歯と歯の間に食べ物がはさまる所はありますか？ | はい ・ いいえ |
| 6. 噛みにくいと感じた事がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 7. 口を大きく開げにくいですか？ | はい ・ いいえ |
| 8. 歯の色や見た目に不満はありますか？ | はい ・ いいえ |
| 9. 自分の歯の将来に不安がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 10.自分の歯が何本あり、どんな治療をしたかご存知ですか？ | はい ・ いいえ |
| 11.全ての歯について精密検査をし、状態の説明を受けた事がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 12.ご自分の歯が悪くなる原因に関して説明を受けた事がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 13.歯をどのように治すのが正しいか説明を受けた事がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 14.今までの治療に不満はありますか？ | はい ・ いいえ |
| 15.当院のデンタルドックについて | 知っている ・ 知らない |

ご協力ありがとうございました。