

問診表

ふりがな _____	大・昭・平 _____	年 _____	月 _____	日生 _____
おなまえ _____	男・女 _____	歳 _____	ご職業 _____	
〒 _____				
おところ _____	Tel _____	(_____)		
	携帯 _____	(_____)		
ご勤務先 _____	Tel _____	(_____)		
ご紹介者 (どのようにして当院をお知りになりましたか?) _____				

よりよい治療をご提供するために、以下の質問にお答えください。

1. 本日はどうなさいましたか？

左上 上前 右上 が ①痛い ④入れ歯が合わない/入れたい
 左下 下前 右下 ②しみる (冷・熱) ⑤検診をしてほしい
 ③腫れた ⑥その他 (_____)

2. 以前歯科治療を受けられたのは (_____ 年前) (_____ ヶ月前) なし

3. 現在の健康状態はいかがですか？ ①良好

- ② 医院・病院に通院している
- ③ 薬を飲んでいる
- ④ 妊娠中 (_____ ヶ月)

3-③ 薬をお飲みの方にお聞きします。どのような薬でしょうか？

- ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬
 糖尿病の薬 その他 (_____)

4. 今までにかかった病気をお知らせください。

- ① 心臓病
- ④ 肝臓病
- ⑦ 喘息
- ② 高血圧症
- ⑤ 腎臓病
- ⑧ アレルギー (過敏症)
- ③ 糖尿病
- ⑥ 蓄膿症
- ⑨ 手術の経験がある
- ⑩ その他 (_____)

5. 次のようなことがありますか？

- ① 麻酔がききにくい
- ⑤ 口内炎にかかりやすい
- ⑨ 風邪をひきやすい
- ② 傷が化膿しやすい
- ⑥ 薬過敏 (_____)
- ⑩ 血が止まりにくい
- ③ ジンマシンがでやすい
- ⑦ 下痢しやすい
- ⑪ 薬を飲むと胃が悪くなる
- ④ 湿疹が出やすい
- ⑧ 喘息がある
- ⑫ 花粉症である

6. 喫煙されますか？

- ① いいえ ② はい (_____ 本/1日)

7. アルコールを飲まれますか？ ①いいえ ②はい

8. 血圧の状態は？ ①高い ②普通 ③低い
最高_____ 最低_____

9. 診察についてご希望があれば

- ① _____月 _____日までに治療を終えてほしい
- ② 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい
- ③ 来院の回数は増えても、一度の治療を少しずつにしてほしい
- ④ 極端に“こわがり”なので注意してほしい
- ⑤ 痛いところ・困っているところだけを治してほしい
- ⑥ 痛いところ・困っているところだけではなく、お口の中全体を治してほしい
- ⑦ 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい

10. 来院できる日時をお教えてください。

(曜日) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 金 ・ 土

(時間) 午前_____時頃 午後_____時頃

✚ 患者様から提供いただいた個人情報、院内登録及び安全かつ正確な治療計画の為のみ使用致します。

医院長_____安岡 大志_____



安岡デンタルオフィス

YASUOKA DENTAL OFFICE



スマイル・チェックシート

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは80歳の時に、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

3. もしも、あなたの歯が失われた場合、入れ歯にしたいと思いませんか？

はい いいえ

4. インプラントに興味がありますか？

はい わからないので説明してほしい いいえ

5. あなたはご自分の口もとに自信がありますか？

はい いいえ 自信がある 気になる部分がある

6. 口もとが気になりはじめたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて 鏡を見て 雑誌を読んで

7. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

8. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

9. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

ありがとう
ございました

安岡デンタルオフィス（以下「当院」）は、当院のサービス（以下「当院サービス」）を利用される患者様（以下「患者様」）の個人情報を、下記のとおり取扱います。

1. 患者様の個人情報の取扱いは、当院サービスに直接関連する範囲内において、適法かつ公正に行います。
2. 当院が問診表にて個人情報を取得する目的は以下の通りです。
 - ・ 患者様が申し込みをされた、資料請求、説明希望等への情報提供をするため。
 - ・ 患者様が申し込みをされた当院サービス及び治療を提供するため。
 - ・ 患者様が申し込みをされた当院サービスを提供するためのカウンセリングのため。
 - ・ 患者様が申し込みをされた当社サービスを提供するための診察・治療料金等徴収のため。
3. 個人情報を取得する範囲は、下記の通りです。
 - ・ 氏名、生年月日、住所、電話番号、携帯電話番号、連絡先、など、当院の情報提供や当院サービスを提供する上で必要な事項。
4. 当院は、患者様の個人情報を事前にお客様の了解を得ずに第三者へは提供しません。
5. 個人情報は下記の第三者に委託する場合があります。
 - ・ 資料送付等、必要な当院の情報を提供するため。
 - ・ 当院サービスを提供するために必要な治療及び、メンテナンスのため。
 - ・ 当院サービスを提供するための利用料金等徴収のため。
 - ・ リコールカードなど患者様が利用されるサービスの向上に関わる情報発信のため。
6. 患者様は個人情報の記入を拒むことができます。但し、その際には当院が提供予定の治療やサービスのいくつかについて、ご提供が出来ない可能性があります。
7. 患者様には個人情報の開示を求める権利、またその結果当該情報が誤っていた場合の、訂正および削除を要求する権利があります。その要求の窓口は、当院の受付窓口と同じとします。

■ 上記の条項に同意の上、本問診表を提出します

名前 _____ 印

以上