

今回は数多くある歯科医院の中からひなた歯科を選んで頂きましてありがとうございます。
 私たちは最新の医療技術・設備をもって患者様一人一人に合った歯科治療を行っております。

ふりがな

大・昭・平

氏名 男・女

年 月 日 (歳)

ご住所 〒

TEL ()

携帯 ()

E-mail

- ◆ どうなさいましたか？
- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 痛いところがある | <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い |
| <input type="checkbox"/> 痛くないが、虫歯がある | <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものが取れた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、はれている | <input type="checkbox"/> 定期健診、検査をしてほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい | <input type="checkbox"/> 歯ならびを治してほしい |
| <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> その他() |

- ◆ 当医院をお知りになった理由は？
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 病院の前を通過 | <input type="checkbox"/> 回覧板、チラシを見て |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見て | <input type="checkbox"/> インターネットの口コミサイトを見て |
| <input type="checkbox"/> タウンページを見て | <input type="checkbox"/> 当医院の取材記事を雑誌で見て |
| <input type="checkbox"/> 家族、知人の紹介で (紹介者 様) | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

- ◆ 現在のお体の状態は？
- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 妊娠中、妊娠の疑い | <input type="checkbox"/> 良くない |
| | 現在 (月) | |

- ◆ 内科的病気はありますか？ (現在・過去問わず)
- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある→ 心臓 肝臓 低・高血圧 (/ mmHg) |
| | 腎臓 糖尿 脳血管系 蓄膿症 骨粗しょう症 |
| | 貧血 B型肝炎 C型肝炎 その他() |

- ◆ 現在飲んでいる薬は？
- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある→ 何の薬ですか？ () |
|-----------------------------|--|

- ◆ アレルギーはありますか？
- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある→ 花粉 金属 ぜんそく 薬 () |
| | その他() |

- ◆ 今まで歯の麻酔をしたことがありますか？
- | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある→ その時異常は・・・ | <input type="checkbox"/> なかった |
| | | <input type="checkbox"/> あった() |

- ◆ 抜歯や治療をした時に異常はありましたか？
- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なかった | <input type="checkbox"/> あった→ | <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった |
| | | <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった |
| | | <input type="checkbox"/> その他() |

お手数ですが次のページまでご記入ください。

治療についてのアンケート

お手数ですが、以下のご質問におこたえください。

1、治療を行う範囲について

- 今気になっているところだけ治療してほしい
- 悪くなっているところは全て治療してほしい
- 怪しいところや悪くなりそうなところまで徹底的に治療してほしい

2、当てはまるところを全てチェックしてください。

- 最近まで他の歯科医院を受診していた
- 歯科治療がとてもこわい
- 型どりなどすると気持ち悪くなる
- 治療中は顔にタオルをかけてほしい
- 痛みがでそうな時は必ず麻酔をしてほしい

3、

歯科治療は治療方法に種類があり、それぞれ機能性、耐久性、審美性、保険適用の有無など、特徴が大きくかわります。今後治療を進めていく際に詳しくご説明させていただきますが、以下の中で該当するもの一つにチェックしてください。

- とにかく治療費が少ないことが重要なので、保険外治療の説明は必要ない。
- なるべく治療費は少ないほうがいいが、保険治療、保険外治療ともに治療方法の違いについて説明をうけたい。
- 歯科医師の考える最善と思われる治療方法について、提案をうけたうえで検討したい。

4、その他、気になる事やご質問などがあればご自由にお書きください。