秘

問診票

東京オペラシティ歯科

記入日　　年　　月　　日

治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。
下記の該当するところをチェックして下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので連絡先は正確にご記入願います。

ふりがな		生年月日　西暦　　年　月　日生（　歳）
お名前	（ □男 □女 ）	携帯電話
ご住所	〒　　（　東京オペラシティビル　内・外　）	自宅 TEL
E-mail		※緊急時や御予約の件で使用させて頂きます。
ご職業	□会社員　□自営・自由業　□主婦　□パート・アルバイト　□学生　□その他（　　）	
お勤め先	社名	TEL
通院に便利な曜日と時間帯	月　火　水　木　金　土　　午前　・　午後　　時頃	

■当医院をどちらでお知りになられましたか？
□紹介（　　様）　□ホームページ　□看板　□口コミ　□その他（　　）

■ご来院の理由をお聞かせ下さい。（複数回答可）
□定期健診　□歯が痛い　□詰め物がとれた　□歯肉が痛い　□歯ぎしり
□ホワイトニング　□歯並び　□その他（　　）　※□応急処置のみ

■ 過去に入院するような大きな病気をされた、または現在かかっている病気はありますか？
□いいえ　□心臓の病気（　　）　□肝臓の病気（肝炎A型・B型・C型　　）　□脳梗塞　□HIV
□喘息　□甲状腺（　　）　□腎臓の病気（　　）　□血液の病気（　　）
□リウマチ　□糖尿病（血糖値　空腹時　　mg/dl・HbA1c　　%）　□その他（　　）

■ 現在、他の医療機関に通院または入院加療されていますか？
□はい（病院名　　科名　　病名　　）　□いいえ

■ 現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？
□ある（具体的に　　）　□いいえ

■ 使用できない薬はありますか？
□はい（薬名　　）　□いいえ

■これまでに薬や食品などでアレルギーはありますか？
□はい（具体的名　　）　□いいえ

■ 治療中に異常があったことがありますか？
□ある（麻酔時・抜歯時　具体的に　　）　□いいえ

■直近１年間で健診（特定検診や高齢者健診等）を受診されましたか？
□受診した（健診名：　　いつ頃：　　）　□受診していない

■ 血圧はいかがですか？
□高い　□普通　□低い　（ 最高血圧　　mmHg　～　最低血圧　　mmHg ）

■ 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？
□はい　（妊娠　　ヶ月）　□いいえ　□授乳中

■下記項目に関して、治療で最も重視される事１つに✓をつけてください。

① □　装着する詰物・かぶせ物・入れ歯などが、出来るだけ長くもつこと（耐久性）
② □　治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性を出来るだけ低くすること（再発リスク）
③ □　自然に美しく見えること（審美性）
④ □　天然歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること（機能性）
⑤ □　金属アレルギーなどになりにくく、出来るだけ身体にとって安全であること（安全性）

■下記項目より、該当するものを１つ選び✓をつけてください。

□　前問①～⑤の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが、最も重要である。
□　費用は少ない方がいいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で、
　　前問の各項目も考慮にいれ治療方法を検討したい。
□　費用よりもお口の健康を優先して、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。

◆当院では、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しましたか？
はい　・　いいえ

当院ではお体にあわせて治療を行います。治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師、並びにスタッフにおたずね下さい。御協力ありがとうございました。