

アンケート

このアンケートはあなたに最適な治療を行うための参考にさせていただきます。
当歯科医院の治療目的以外に利用することはありませんので、ありのままにご記入ください。
わからないところは記入しなくてもかまいません。

フリガナ お名前				年齢	歳
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	ご職業
ご住所	〒			Tel	Tel(携帯)
お勤め先				(お勤め先にご連絡が可能な場合) Tel	

今日はどうなさいましたか？

例えば・・・ ○○が痛い、○○が取れた、歯のザラザラが気になる

最後に歯科医院を受診されたのはいつごろですか？

1年以内(ヶ月前) ・ 何年か前(年前)
覚えていないくらい前 ・ 現在、他の歯科医院に通院している

当歯科医院を知ったきっかけは何ですか？

近くを通って
看板
インターネット
紹介 (ご家族・知人： 様)



今まで歯科で不快な思いをされた事のある方はご記入ください。

その他ご要望はありますか？ 例えば・・・ ～頃までに治療を終わらせたい
予約は○曜日・○時くらいにしたい
インプラントなどの最新の治療もしてほしい

過去にかかった病気や受けた手術の質問です

大きな病気にかかったことはありますか？
はい・いいえ

食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？
はい・いいえ

入院したことはありますか？
はい・いいえ

大きな手術を受けたことがありますか？
はい・いいえ

過去にうけた歯科治療の質問です

歯科の治療を受けて気分が悪くなったことはありますか？
はい・いいえ

今まで歯科の治療で麻酔注射を受けたことがありますか？
はい・いいえ

歯を抜かれたことはありますか？
はい・いいえ

ご家族の病気やアレルギーの質問です

ご家族にアレルギーがある方はいますか？
はい・いいえ

ご家族に現在病気をしている方はいますか？
はい・いいえ

歯科治療に求めている項目の優先順位

A:美しさ きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯

B:安全性 金属アレルギーや歯ぐきの変化・院内感染対策

C:丈夫さ 修復した歯が長くもつ。 壊れない。 外れない

D:予防 虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ

E:時間 とにかく早く終わりたい

F:費用

順位

1位→

2位→

3位→

4位→

5位→

6位→

血液に関する質問です

輸血を受けたことがありますか？
はい・いいえ

肝炎、またはB型肝炎、C型肝炎ウイルスがあるといわれたことがありますか？
はい・いいえ

傷ができたとき、血が止まりにくいですか？
はい・いいえ

現在の健康状態の質問です

現在、何か病気にかかっていますか？
または治療中の病気や症状はありますか？

心臓病 高血圧 てんかん 糖尿病
脳卒中 不整脈 気管支炎 喘息
副腎皮質機能障害 甲状腺機能障害
自律神経失調症

現在通院中の病院はありますか？
病院名
担当医師名

現在、飲んでいる薬はありますか？
はい・いいえ

定期検診で異常があるといわれましたか？
はい・いいえ

現在、妊娠していますか？
はい・いいえ