

# 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？

近くを通過して  
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