

問診票

カルテ No. _____

受付日 年 月 日

| | | | | | | | |
|----------------|-----|-----------------|--|-----|------|---|-----|
| フリガナ | | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | 男・女 | 西暦 | 年 | 月 日 |
| 現住所 | 〒 - | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | 携帯 | | | 職業 |
| | | | | | | | |
| 勤務先 | 〒 - | | | 会社名 | | | |
| 通院に都合の良い曜日と時間帯 | | 曜日 / 午前 ・ 午後 時頃 | | | | | |

本日はどうなさいましたか？

症状 _____

どこが _____

いつ頃から _____

痛み 無し ・ 少し痛む

強く痛む ・我慢できないほど

以前の歯科治療について

●以前に歯科診療を受けたことはありますか？
 ない 当医院 他の医院で()年前

●どんな治療をしましたか？
 虫歯治療をした 歯周病治療をした
 歯磨き指導を受けた 歯石を取った
 歯周病で外科手術を受けた
 定期検診を受けていた ()カ月に1回
 治療していたが、中断した
 歯科でされて嫌だったこと
 ()

●歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
 はい いいえ

●歯を抜いたことはありますか？
 はい いいえ
 その時異常がありましたか？
 はい () いいえ

体の具合について

●次の病気にかかったことがありますか？
 高血圧症 (mmHg / mmHg)
 糖尿病 HbA1c % 空腹時血糖値 mg/dl
 糖尿病手帳 (あり なし) 骨粗鬆症 消化器疾患
 ウィルス性肝炎 (A B C その他) 腎機能障害 気管支喘息
 血液疾患 アレルギー疾患 心疾患 脳血管障害 てんかん
 甲状腺の病気 その他

●現在、治療中の病気はありますか？
 はい (病名) (病院名)
 いいえ

●現在、服用中の薬剤はありますか？
 はい (薬品名) いいえ

●妊娠している可能性はありますか？
 はい (ヶ月) いいえ

●喫煙されていますか？
 いいえ はい 1日 本 才から
 禁煙した () 年前まで1日 本吸っていた
 禁煙の意思はある 禁煙の予定はない

ブリックマン指数
 1日の本数 () × () 喫煙年数 = ()
 ブリックマン指数 400以上：肺がんが発症しやすい
 歯周病が重症化しやすい
 600以上：肺がん・肺気腫の危険性
 800以上：歯を喪失する危険性が高い
 1200以上：喉頭がんの危険性が高い

治療のご希望について

●この機会に
 悪いところは全て治したい
 痛いところだけ治したい

●治療方法について
 治療にかかる費用が可能な限り少ないことが重要
 治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
 費用に関わらず、自分の状態に合った最善の治療を提案してほしい

●その他にご希望はございますか？ ()

ご予約についてのお願い

ご予約をキャンセルまたは変更される場合は、恐れ入りますが、3 日前までのご連絡をお願いいたします。

なお、1 時間 30 分以上のご予約を当日キャンセルされる場合はキャンセル料として、以下の通り頂戴いたしますので、ご了承ください。 (前日のご連絡まで受付はできますが、他の患者様のご迷惑にもなりますので、お早目にご連絡ください)

○キャンセル料 30 分につき ¥6,000

例) 120 分の予約を当日キャンセルする場合
¥6,000 × 4 = ¥24,000

○キャンセルの成立について

キャンセルはご連絡いただいた内容に当院より返答をして成立となります。そのため前日であっても、診療時間外でのご連絡はお受けできませんのでご注意ください。(特に長期連休時はご注意ください)

予約状況の緩和と患者様にスムーズな治療を受けていただくため、ご理解いただけますようお願いいたします。

医療法人 幸恵会 カツベ歯科クリニック
理事長 勝部 義明

氏名 _____