



KUNITACHI FUKAZAWA Dental Clinic

国立深澤歯科クリニック

国立市東 1-15-34 北島第一ビル 2F
TEL 042-501-5544

初診の方へ

当院では、健康で美しい歯を保つためには日頃の予防こそ第一と考えています。

患者の皆様へのお願い

☆当院は予約制ですので予約の時間をお守りください。遅刻をされますと、治療に費やす時間が短くなった
り、後の患者さんにご迷惑をかけてしまったりすることになりますのでご協力をお願い致します。また、
予約の変更は早めのご連絡を、キャンセルの場合には必ずご連絡を頂きますよう重ねてお願い申し上げ
ます。

☆現在、ほとんどの歯科治療に保険が適用されますが、保険での診療は治療内容や使用する材料制限があり、
制定されている治療費も治療技術や材料費に伴わないことが多く、このことが治療の質の低下に結びつい
ているという現状にあります。患者さんへのより良い医療を提供するため、必要に応じて保険適用外
(自費診療)をお勧めすることもございます。その場合には、文章または口頭にてご説明致します。

☆治療上、患者さんが訴える歯以外の治療が必要になる場合がございます。

☆歯の根の治療や、虫歯治療を行うと今まで痛くなかった歯でも一時的に痛みがでることもございます。

☆歯の病気は基本的には薬では治りません。適切な判断をし、確実に原因を除去しなければ見せかけだけの
治療で終わってしまいます。その為治療にお時間がかかることもございます。

☆当院では、よりよい技術やサービスを提供できますよう、各種勉強会や学会に積極的に参加しております。
院内で取得されました治療データ(レントゲン写真や口腔内写真等)は研究または教育目的の為学会等で
発表させて頂く事がございます。もちろん、患者さんのプライバシーは厳守致します。

☆月初めには必ず保険証のご提示をお願いします。

了承する

了承しない

ご署名

ご記入ありがとうございました。問診票はスタッフへお渡し下さい。

新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

※新型コロナウイルス対策のため体調を伺わせていただきます。ご記入をお願いします。

お名前	患者番号	ID	体温	℃
		来院日時	2020年 月 日	午前・午後 時 分

該当する項目があればチェック（☑）し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 1) 過去14日以内に、3密（密閉・密集・密接）または疑わしい場所を訪れた。 訪問日 2020年 月 日・訪れた場所（ ）	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2) 過去14日以内に、コロナウイルス陽性になった人と接触した。 接触日 2020年 月 日・接触した場所（ ） ・接触者との関係（家族・職場・知人・その他 ）	
<input type="checkbox"/> 3) 過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/> 4) 同居人または職場（同部署）に、自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/> 5) 過去14日以内に海外渡航歴がある。 国名（ ） 帰国日 2020年 月 日	
<input type="checkbox"/> 6) 同居人または職場（同部署）に過去14日以内に海外渡航歴がある人がいる。 国名（ ） 帰国日 2020年 月 日	
<input type="checkbox"/> 7) 同居人または職場（同部署）などで、過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。 接触した場所（ ）・状況（ ）	
8) 過去14日間から本日までの、ご自身の症状が該当する場合はチェック☑してください。	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> PCR検査を受けた <input type="checkbox"/> 味がわからない 上記の症状が発生した日： 月 日	
9) 過去14日間から本日までの、同居または職場（同部署）の人が該当する場合はチェック☑してください。	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 味がわからない 上記の症状が発生した日： 月 日	

当院受診後、2週間以内に上記に該当する症状が出た方は、当院までご連絡ください。
 ご協力をお願い致します。

問 診 票

No. _____

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前			男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 (歳)
ご住所	〒		自宅電話					
			携帯電話					
			Email		@			
勤務先 (学校)			職業			勤務先電話		
医科主治医名					電話	()		
こちらから連絡してもよい連絡先			<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	午前/午後	時頃 <input type="checkbox"/> いつでも
他の患者様のキャンセルが出た時当院からお電話を差し上げた場合、治療を希望されますか？			<input type="checkbox"/> しない					
			<input type="checkbox"/> する …ご希望の曜日 (曜日)		午前/午後	時頃	<input type="checkbox"/> いつでも	

当クリニックは、あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせていただきたいと考えております。お手数ですが該当する箇所にはチェックをつけてお答えください(すべて複数回答可)。なお、この資料は個人情報保護法に基づき安全に管理します。

どうなさいましたか？

痛い

しみる

腫れた

つめもの・差し歯がとれた

入れ歯がこわれた

入れ歯が合わない・痛い・作りたい

歯石をとりたい

歯のクリーニング希望

歯を白くしたい

口の中を全体的に検査したい

定期検診

その他

[]

いつからですか？

今日 () 日前から

その他 ()

最後に歯科治療を受けたのは？

() ヶ月前 () 年前

完治した 治療を受けたことがない

途中でやめた

今までの歯科治療について

痛かった 平気

臭いが嫌い 音が嫌い

歯医者はとにかくニガテ

その他、不満な点

()

治療にあたってのご希望は？

悪い所は全部治したい

痛む所・気になる所だけ希望

保険の範囲内で治したい

少し高くても見える所はキレイに治したい

キレイで長持ちする治療(保険外)希望

詳しく説明してほしい・相談したい

裏面もありますのでご記入ください。

歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	年	月	日
<p>○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)</p> <p>1. お口のお手入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯磨きをする時は <input type="checkbox"/>起床後 <input type="checkbox"/>食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/>就寝前 ・1回の時間は () 分くらい ・歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/>フロス <input type="checkbox"/>歯間ブラシ <input type="checkbox"/>その他 <p>2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>過去にあり</p> <p>3. 睡眠時間 約() 時間</p> <p>4. 食生活習慣について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり() ・間食の取り方 <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則正しい <input type="checkbox"/>あまりしない <p>5. 現在治療中ですか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)</p> <p>6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(薬名:)</p>			

○歯・歯肉・口腔機能の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分) なし あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・口腔機能(咀嚼・嚥下機能等)低下 なし あり()

○歯や口の状態と全身の健康

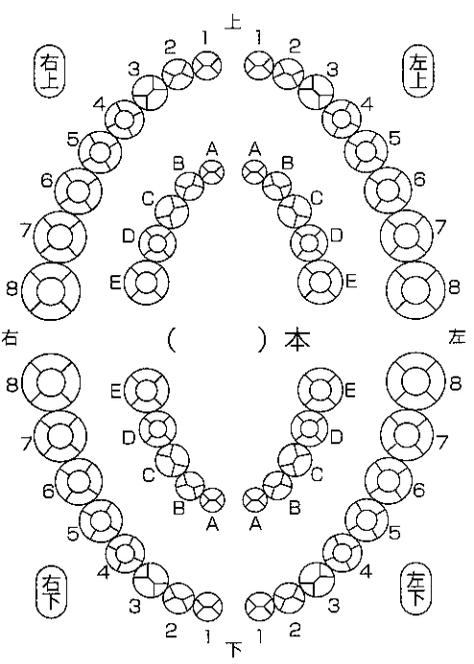
- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)



医療機関名
(担当歯科医)

〒186-0002 東京都国立市東1-15-34北島第一ビル2F

国立深澤歯科クリニック

院長 深澤 智人 TEL 042-501-5544