

初めて来院された患者様へ  
～当院の治療の流れ～



院内はバリアフリー構造となっています。

【スロープやトイレに手すりを設置】



## ①診療申込み票の記入

診療申込み票に記入をしていただきます。

現在飲んでいらっしゃるお薬や、全身状態についてもお聞きします。

【お体の不自由な方には、スタッフが聞き取りながら代筆いたします。】

保険証をお持ちください。この際にお薬手帳をお持ちの方はあわせてご持参ください。



**歯科治療 問診表**

フリガナ \_\_\_\_\_ 年 月 日

性別 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 生年月日:(明・大・昭・平) 年 月 日 歳

お名前 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

職種(主婦・会社員・学生など) \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

体重 ※お子様のみ ( kg ) \_\_\_\_\_

ご来院理由(主訴) \_\_\_\_\_

治療についてのご希望

悪いところは全部治したい  痛いところだけでいい

保険の範囲内で治したい  保険が適用できない範囲は自費でも治したい

アレルギーについて

アレルギーを起こす食品・薬・物がありますか?  いいえ  はい (品名) \_\_\_\_\_

次の薬により異常反応を起こしたことがありますか?  いいえ  はい (鎮痛剤・抗炎症剤・抗生剤・睡眠薬・コード) \_\_\_\_\_

今までに、じんましんや発疹がでたことがありますか?  いいえ  はい (どのような薬に?) \_\_\_\_\_

歯科治療で麻酔注射をしたことがありますか?  いいえ  はい (異常反応はありましたか?) \_\_\_\_\_

歯科治療以外の麻酔で異常反応を起こしたことがありますか?  いいえ  はい (どのような反応?) \_\_\_\_\_

現在の体調・疾患について

※ 現在の体調によって、歯の治療内容や薬の服用を判断しますので、ご記入下さい。

現在、治療中の病気がありますか?  いいえ  はい (病名: \_\_\_\_\_)

現在、何か薬を服用していますか?  いいえ  はい

※ 麻酔や薬の使用により副作用がでてしまう薬がありますので、服用中の薬は必ずご記入下さい。

※ 『お薬手帳』をお持ちの方は、お申し出ください。

薬の名前や種類 ( \_\_\_\_\_ )

・ 血圧はわかりますか?  いいえ  はい (最高 \_\_\_\_\_ 最低 \_\_\_\_\_ mmHg)

・ 最近、気になるご体調の変化や症状(お体全体を含めて)は何かありますか? \_\_\_\_\_

既往症(今は回復しているが、以前にかかったことがある病気)について

・ 大きな病気や手術を受けたことがありますか?  いいえ  はい 年月: 年 月

病名: \_\_\_\_\_

手術名: \_\_\_\_\_

・ 入院をしたことがありますか?  いいえ  はい 入院理由: \_\_\_\_\_

入院期間: \_\_\_\_\_

服用した薬: \_\_\_\_\_

・ 輸血を受けたことがありますか?  いいえ  はい 年月: \_\_\_\_\_

理由: \_\_\_\_\_

・ 次の病気がかかったことがありますか?  いいえ  はい

高血圧症 狭心症 心臓病 糖尿病 ぜんそく 花粉症

肺炎腫 脳卒中 貧血 肝炎 腎臓病 結核

喫煙・飲酒について

・ 飲酒の有無  無し  有り(週に何回くらい?) \_\_\_\_\_

・ 喫煙の有無  無し  有り(いつから?) \_\_\_\_\_ 1日何本くらい? \_\_\_\_\_

当院をお選びいただいた理由

ご自宅・勤務先からの通院に便利  評判をも聞かなくなって

当院での治療経験のあるご家族・ご友人からのご紹介 (ご紹介者名: \_\_\_\_\_)

ホームページをご覧になって  その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ ご体調やお薬などが変わられた場合にはご連絡なくお申し出下さい。

ご不明なことがありましたらご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

当院では、歯痛等に即応の治療・投薬を行う為に、既往症やご体調などを出来るだけ詳しく確認しています。  
ご記入頂いた内容は、院内での治療行為のみに使用させて頂き、個人情報やプライバシーは必ず厳守することを約束致します。

## ② 問診

患者様に診察室へ移動していただき、お口の中で気になる事や治療に関してのご要望などを歯科医師が直接お聞きします。



## ③ 検査

歯科用デジタルエックス線診査、咬み合わせの検査、歯周病の検査など、必要な検査を実施します。

歯科用デジタルエックス線診査



朝日レントゲン社製 AZ3000CT series  
デジタルエックス線撮影やCT撮影が可能です。

## CCDカメラで口腔内撮影



※当日にお痛みがある方、差し歯が取れてしまったといった急を要する場合には、状態を説明させていただき、当日に応急処置を行わせていただきます。

### ③ カウンセリング



お撮りしたエックス線写真を見ていただきながら、お口の中全体の状態について説明させていただきます。

虫歯の本数、根の治療が必要な本数、歯周病の状態とその治療方法について、またその治療期間についての説明を行います。

### ⑤ 治療開始

患者様に治療計画についてご理解と同意をしていただけたら、治療が始まります。

### ⑥ 治療完了

治療がすべて完了しましたら、定期的な健診とクリーニングをお勧めしております。