

予診表

No. _____

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日生(_____ 歳)

住所 〒 _____ 連絡先 自宅 (_____)

携帯 (_____)

勤務先 _____ E-mail _____

下記の項目にご記入をお願いします。

● 今日はどうなさいましたか？

- 歯が痛む 虫歯の治療がしたい 入れ歯を作りたい 歯の掃除をしたい 検査をしたい
ホワイトニング相談 インプラント相談 その他(_____)

● どこが気になりますか？または痛みますか？

- 歯 歯肉 頬 舌 唇
右上奥歯 右下奥歯 上前歯 下前歯 左上奥歯 左下奥歯

● それはいつ頃からですか？

- 今日から始めて _____ 日前から ずっと前から 時々

● 当医院は何でお知りになりましたか？

- 紹介(ご紹介者名 _____ 様) インターネット 広告 通りがかり その他(_____)

● 最後に歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？その時は何をなさいましたか？

- _____ 頃 治療 定期健診 歯の掃除 その他(_____)

● 今までの歯科治療の中で何か嫌な事・気になることはありましたか？

- 痛み 説明が不足 通院期間が長い 待ち時間が長い その他(_____)

● 現在服用している薬等がありますか？

- ない ある(薬品名: _____)

● これまでに、薬を飲んで異常が出たことがありますか？

- ない ある(薬品名: _____ , 症状 _____)

● 現在体調はいかがですか？

- 良好 あまり良くない 治療中 妊娠中(_____ ヶ月)

● 現在、または今までにかかった病気はありますか？

- 心臓 肝臓 腎臓 胃腸 糖尿病 耳鼻疾患 その他(_____)

● 血圧はいかがですか？

- 正常 高い(_____ / _____) 低い(_____ / _____)

● 特異体質やアレルギーなどはありますか？

- ない 花粉症 金属アレルギー 喘息 その他(_____)

● 歯科への不安、当医院への期待などございましたらお書き下さい

(_____)

健康調査表

No. _____ 氏名 _____

H _____ 年 _____ 月 _____ 日

健康状態を把握するためのアンケートです。ご協力お願いいたします。

- | | | | | | |
|---|---------------------------|-------|--------------|------|-------------|
| 1 | タバコを吸いますか？ | はい | 1日 | 本 | いいえ |
| 2 | お酒を飲みますか？ | よく飲む | たまに飲む | 飲まない | |
| 3 | 普段食事の時は、主にどちら側の歯でかみますか？ | 左側 | 右側 | 両方 | わからない |
| 4 | 歯の健康状態について | | | | |
| ① | 虫歯の原因をご存知ですか？ | はい() | | | いいえ |
| ② | 歯周病(歯槽膿漏)の原因をご存知ですか？ | はい() | | | いいえ |
| ③ | 歯ぐきから血が出ることはありますか？ | はい | | | いいえ |
| ④ | 朝起きた時など口の中が粘るような感じはありますか？ | はい | | | いいえ |
| ⑤ | 歯ぐきが腫れることはありますか？ | はい | | | いいえ |
| ⑥ | 口臭が気になりますか？ | はい | | | いいえ |
| ⑦ | 硬いものがしっかりと噛めますか？ | はい | | | 噛みにくい |
| ⑧ | 歯と歯の間に食べ物が詰まりやすいですか？ | はい | | | いいえ |
| ⑨ | 歯並びが悪くなったと思いますか？ | はい | | | いいえ |
| ⑩ | 今までに歯石を取ってもらったことはありますか？ | はい() | 頃 | | いいえ |
| ⑪ | 今までに歯周病といわれたことはありますか？ | はい() | 頃 | | いいえ |
| ⑫ | 今までに歯磨きの指導を受けたことがありますか？ | はい() | 頃 | | いいえ |
| ⑬ | 歯ぎしりや、食いしばる癖はありますか？ | はい | いいえ | | 分からない |
| ⑭ | 口で呼吸をしていることが多いですか？ | はい | いいえ | | 分からない |
| ⑮ | イビキをかきますか？ | はい | いいえ | | 分からない |
| ⑯ | 口内炎はできやすいほうですか？ | はい | いいえ | | |
| ⑰ | ご家族の中で若くして入れ歯になった方はいますか？ | はい() | | | いいえ |
| ⑱ | 1日にどの位飲んだり食べたりしますか？ | 1日 | | 回くらい | |
| ⑲ | 歯を磨くのはいつですか？ | 起床後 | 朝食後 | 昼食後 | 夕食後 就寝前 |
| ⑳ | 糸ようじや歯間ブラシを使いますか？ | はい | いいえ | | |
| 5 | 歯の治療のご希望について | | | | |
| ① | 今現在のお口の中の問題点を全て知りたいですか？ | はい | いいえ | | 知りたいが聞くのが怖い |
| ② | ご自分の歯で生涯過ごしたいですか？ | はい | そうしたいが無理だと思う | | |
| ③ | 治療にあたり何か心配なことはありますか？ | いいえ | はい() | | |