

診療の前に

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願いいたします。

お名前	☐ 男 ☐ 女
ご住所 〒	生年月日 西暦 年 月 日 歳
	☐ 未婚 ☐ 既婚 お子さんの人数 人
	勤務先名
自宅 TEL	職 種 ☐ 自営業 ☐ 会社員・公務員
携帯 TEL	☐ パート・アルバイト ☐ 専業主婦
E-mail	☐ 学生 ☐ 無職 ☐ その他
	()

予約確認通知を E メールご希望の方はご記入ください。(それ以外の方は、携帯電話に SMS で通知致します。)

どのようにして当院をお知りになりましたか？	☐ 他医院からの紹介
☐ インターネットを見て	医院名
ホームページ (☐ パソコン ☐ スマートフォン)	☐ 知人の紹介
☐ 家が近いから	紹介者
☐ 医院前を通った	☐ 家族の紹介
	来院しているご家族がいる場合は全ての方のお名前をご記入ください
	()
	☐ その他

◆歯について

[1] いかがされましたか？

- ☐ 歯が痛い ☐ 検診をして欲しい ☐ 歯石・着色を取って欲しい ☐ 口臭が気になる
☐ 歯がしみる ☐ 歯が浮いている ☐ 歯ぐきから血が出る ☐ 歯ぐきが腫れた
☐ 口内に何かできた ☐ 詰め物・被せが取れた ☐ 義歯が壊れた ☐ 歯を入れてもらいたい
☐ その他 ()

[2] 今回より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、医院名 ()
 いつ頃・・・()日前 ()か月前 ()年前

⇒現在は、☐ 終了した ☐ 通院中 ☐ 途中で止めた

ご予約についてご希望がありますか？

月・火・水・木・金・土 午前____時頃 午後____時頃

◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある

現在治療中の病気、または過去に治療した病気は☐にチェックをお願いします。

- ☐ 高血圧 ☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 心臓弁膜症
☐ 心筋症 ☐ 先天性心疾患 ☐ 心不全 ☐ 糖尿病 (HbA1c %)(空腹時血糖値)
☐ ウイルス性肝炎 (B 型・C 型) ☐ ぜんそく ☐ COPD ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病
☐ 甲状腺疾患 ☐ 副腎皮質機能不全 ☐ アレルギー ☐ 関節リウマチ ☐ がん
☐ 脳卒中 ☐ 認知症 ☐ 骨粗しょう症 ☐ HIV ☐ てんかん ☐ うつ病
☐ その他 ()

◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ☐ ない ☐ ある (☐ お薬手帳 ☐ お薬) を持ってきている

①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前（不明な場合は何のお薬か）を教えてください。

(

当院
使用欄

- ☐ 循環器系薬剤 ☐ 抗血栓薬 ☐ 糖尿病用薬 ☐ 副腎皮質ステロイド薬
☐ 腫瘍用薬・免疫抑制剤 ☐ 骨吸収抑制薬 ☐ 解熱鎮痛消炎薬
☐ 睡眠鎮静薬、抗不安薬 ☐ 抗てんかん薬 ☐ 抗うつ薬 ☐ その他

◎お薬でアレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある _____

②ペースメーカ、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

◆おからだの状態について（わかる範囲でお願いいたします。）

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ 回

【5】生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- ①意識がなくなったり、気が遠くなったことがありますか？ ④ ☐ はい ☐ いいえ
 ②歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ⑤ ☐ はい ☐ いいえ
 ③けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ⑥ ☐ はい ☐ いいえ
 ④妊娠・授乳中ですか？ ⑦ ☐ はい ☐ 可能性・疑いあり ☐ いいえ

◎ご両親に関して下記に当てはまるものはありますか？

☐ 糖尿病（☐ 父 ☐ 母） ☐ 高血圧（☐ 父 ☐ 母） ☐ 歯周病（☐ 父 ☐ 母） ☐ 部分入れ歯（☐ 父 ☐ 母） ☐ 総入れ歯（☐ 父 ☐ 母）

◆生活習慣について

【6】生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時間帯】 ☐ 起床後 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前

【1回の時間】（ ）分程度

【使うもの】 ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ 電動歯ブラシ

☐ 歯磨き粉（商品名 ） ☐ その他（ ）

②喫煙習慣は、☐ なし ☐ あり 1日（ ）本 ☐ 過去にあり

③睡眠時間は、1日平均（ ）時間程度

④習慣的によく飲むものは、☐ なし ☐ あり

⑤間食は、☐ しない ☐ 規則正しく摂る ☐ 不規則に摂る

◆スマイルチェックシート

1. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

☐ はい ☐ いいえ その理由は？ _____

2. あなたはご自分の口元が気になりますか？

☐ はい ☐ いいえ

3. あなたは次のどこが気になりますか？

[クリーン]

☐ 口臭 ☐ ヤニ ☐ 歯の着色 ☐ 歯石 ☐ 歯ぐきが腫れている

[ビューティー]

☐ 歯の色 ☐ 歯の形 ☐ 歯の隙間 ☐ 歯並び ☐ 被せた物の色 ☐ 歯ぐきの色 ☐ 歯ぐきの形

4. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

☐ ある ☐ 分からないので説明してほしい ☐ ない

当医院へのご要望がありましたら教えてください。

(

以上で終了です。ありがとうございました。