

予診表 Clinic sheet

年 月 日 No.1

フリガナ お名前	男 女	年齢	職業	生年月日（西暦） 年 月 日
住所 〒 -	連絡先 TEL 携帯電話 （お持ちの場合は両方ご記入お願いします）			

※診療に必要な情報となりますので、ご記入漏れのないようお願い致します。

どうなさいましたか？（複数回答可）

- 虫歯の治療がしたい 歯周病の治療がしたい 噛み合わせの治療がしたい
矯正がしたい インプラントがしたい 審美の治療がしたい
歯の清掃がしたい 検査をしてほしい その他（ ）

どこかお痛みですか？

- 右上の奥歯 上の前歯 左上の奥歯 右下の奥歯 下の前歯 左下の奥歯
頬 舌 唇 顔 その他（ ）

痛みはいつからですか？

- 今日から （ ）日前から ずっと前から 時々

診察についてのご希望を詳しくご記入ください。

（治療時間や期間などもご希望がございましたらお書き下さい）

◇治療の参考に致しますので、質問にお答え下さい。

歯を磨くときなど歯ぐきから血がでることがありますか？

- はい いいえ

歯ぐきの腫れや下がりが気になることがありますか？

- はい いいえ

口臭がするのではないかと気になることがありますか？

- はい いいえ

食事をすると食べ物が歯にはさまるところがありますか？

- はい いいえ

熱いものや冷たいものでしみる場所がありますか？

- はい いいえ

【入れ歯の方へ】入れ歯が痛い・噛めない・ゆるい・落ちるなどの不具合がありますか？

- はい いいえ

【入れ歯の方へ】入れ歯の針金など、見た目に不満がありますか？

- はい いいえ

噛みにくさを感じることはありますか？

はい いいえ

歯ぎしりをするらしい

はい いいえ

口を大きく開けにくいことはありますか？

はい いいえ

ご自身の歯の外観（歯並び・色・形）に不満がありますか？

はい いいえ

ご自身の歯の将来について不安に感じることはありますか？

はい いいえ

歯は、年を経ると悪くなり、自分の歯がなくなるのは仕方ないと思いますか？

はい いいえ

歯が悪くなる原因（虫歯や歯槽膿漏）を歯科医院などで説明を受け正しく知っていますか？

はい いいえ

自分の全ての歯について精密検査（レントゲン・虫歯・歯槽膿漏・噛み合わせなど）を受け自分の歯がどうなっているのか分かりやすく説明を受けたことがありますか？

はい いいえ

ご自身の歯が何本あり、どんな治療をしてあるのかを知っていますか？

はい いいえ

歯は対人関係に影響すると思いますか？

はい いいえ

歯は笑顔や表情に影響すると思いますか？

はい いいえ

どうしようもない状況の時以外は出来るだけ歯科医院へは行きたくないですか？

はい いいえ

同じ費用がかかるなら、歯を治すより欲しいもの（服、アクセサリ等）を買いますか？

はい いいえ

歯をどのように治すのが正しいか、又望ましいかを知っていますか？

はい いいえ

いつも歯のことを相談できるかかりつけの歯科医院が欲しいと感じますか？

はい いいえ

歯科治療に対するイメージを教えてください。

痛い 薬臭い 混んでいる（長く待たされる） 費用が高い（不明瞭）
緊張する（不安） 何をされているか分からない（説明不足）

歯を抜いたことがありますか？

はい いいえ（ 年前、 ヶ月前）

