

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)

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

どこかお痛みですか？

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 右上の奥歯 | <input type="checkbox"/> 上の前歯 | <input type="checkbox"/> 左上の奥歯 | <input type="checkbox"/> 右下の奥歯 | <input type="checkbox"/> 下の前歯 | <input type="checkbox"/> 左下の奥歯 |
| <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 顔 | <input type="checkbox"/> その他 () | |

痛みはいつからですか？

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 今日から | <input type="checkbox"/> () 日前から | <input type="checkbox"/> ずっと前から | <input type="checkbox"/> 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、見た目にご不満がありますか？

- はい いいえ

【裏面もございます。】 壱番館デンタルオフィス

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）

その時何か異常はありましたか？

- はい いいえ 血が止まらなかった 何日も痛んだ
貧血をおこした 熱が出た

薬を飲んで副作用はありますか？

- はい いいえ 胃が痛くなる 発疹が出る
かゆくなる 薬名 ()

お口以外の健康状態はいかがですか？

- 良好 普通 調子が悪い (具体的に)

内科的な病気はありますか？

- 心臓病 高血圧 低血圧 糖尿病
はい いいえ 骨粗しょう症 (薬を服用中 はい いいえ)
肝炎 (A型・B型・C型) HIV
喫煙 一日平均 _____ 本 (_____ 年間)
妊娠 (_____ ケ月)
 近い将来妊娠の予定はありますか？ はい いいえ
 その他 ()

現在、服用中のお薬がありますか？

- はい いいえ
 薬名 ()

輸血の経験はありますか？

血液型は何型ですか？

- はい いいえ RH +・- _____ 型

あなたのストレス度合いを教えてください。



以前に一度でも来院されたことがありますか？

- はい いいえ

前回歯科治療を受けられたのはいつですか？また、どうしておやめになられましたか？

当院をお知りになったきっかけを教えてください。

- ホームページ
ご紹介 ご紹介者名 () その他

当院を選ばれた理由をご記入ください。

歯科治療を受けることに期待されていることがございましたらご自由にお書きください。

当院では、様々な情報を患者様に提供しております。お口の健康を考える上でどのような情報をお知りになりたいですか？(複数回答可)

- 主訴の部分の状態 お口全体の状態 健康なお口の保ち方 技工物の材料による性質や用途の違い
正しい歯磨きの方法 身体への影響も含めたかみ合わせの重要性
その他 ()