

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。該当する項目に☑チェックをしてください。

◆歯について

[1] いかがされましたか？

☐ (1) 歯が痛い

(☐ (2) かすかに < ☐ (3) 軽く < ☐ (4) かなり < ☐ (5) 強く < ☐ (6) 耐えられない程)

☐ (7) 歯がしみる ☐ (8) 歯が浮いている ☐ (9) 歯ぐきから血が出る ☐ (10) 歯ぐきが腫れた

☐ (11) 口内に何かできた ☐ (12) 詰め物が取れた ☐ (13) 義歯が壊れた

☐ (14) 歯を入れてもらいたい ☐ (15) その他 ()

[2] 以前に歯科診療を受けたことはありますか？

☐ (1) ない

☐ (2) 当医院 ☐ (3) 他の医院 で、() 日前 () 週間前 () か月前 () 年前

⇒現在は、☐ (4) 完治した ☐ (5) 通院中 ☐ (6) 途中で止めた

◆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？ ☐ (1) ない

☐ (2) 高血圧 ☐ (3) 狭心症 ☐ (4) 心筋梗塞 ☐ (5) 不整脈 ☐ (6) 心臓弁膜症

☐ (7) 心筋症 ☐ (8) 先天性心疾患 ☐ (9) 心不全 ☐ (10) 糖尿病

☐ (11) ぜんそく ☐ (12) COPD ☐ (13) 肝臓病 ☐ (14) 腎臓病 ☐ (15) 甲状腺疾患

☐ (16) 副腎皮質機能不全 ☐ (17) アレルギー ☐ (18) 関節リウマチ ☐ (19) がん

☐ (20) 脳卒中 ☐ (21) 認知症 ☐ (22) 骨粗しょう症 ☐ (23) HIV ☐ (24) てんかん

☐ (25) うつ病

☐ (26) 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？

☐ (1) ない ☐ (2) ある (お薬手帳を持参) ☐ (3) ある (お薬又は薬剤情報文書を持参) ☐ (4) ある (名前不明)

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。

()

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

◆おからだの状態について

[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階段を休まずに2階まで昇れますか？

① ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？

② ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

③食べる時にむせることがありますか？

③ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

④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 ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？

⑤ ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

⑥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 ☐ (1) はい ☐ (2) いいえ

⑦妊娠・授乳中ですか？

⑦ ☐ (1) はい ☐ (2) 可能性・疑いあり ☐ (3) いいえ



◆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、1日()回

【時 間 帯】 ☐ (1)朝食後 ☐ (2)昼食後 ☐ (3)夕食後 ☐ (4)就寝前

【使うもの】 ☐ (1)なし ☐ (2)歯ブラシ ☐ (3)フロス

☐ (4)歯間ブラシ ☐ (5)その他 ()

②習慣的飲料物 ☐ (1)炭酸飲料 ☐ (2)ジュース ☐ (3)その他 ()

③睡眠時間は、☐ (1)不足 ☐ (2)やや不足 ☐ (3)十分

④間食は、☐ (1)しない ☐ (2)規則正しく摂る ☐ (3)不規則に摂る

⑤喫煙しています ☐ (1)はい ☐ (2)いいえ ☐ (3)過去にある

⑥歯磨き方法を習ったことが、☐ (1)ある ☐ (2)ない

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

☐ (1)悪いところは全部治療したい

☐ (2)痛いところだけ、希望するところだけ治したい

☐ (3)歯の磨き方などについても教えて欲しい

☐ (4)検査・クリーニングについて教えて欲しい

☐ (5)できるだけ保険を使った治療を希望

☐ (6)保険のルールがよく分からないので説明して欲しい

☐ (7)自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

☐ (1)他の医院からの紹介(紹介状あり)

☐ (2)他の医院からの紹介(紹介状なし) 紹介元 ()

医院以外の方の勧め

(☐ (3)家族の勧め ☐ (4)友人・知人の勧め ☐ (5)左記以外 ())

☐ (6)自宅・職場に近いから ☐ (7)電柱広告を見て

☐ (8)バス広告を見て ☐ (9)雰囲気が良いと聞いて ☐ (10)夜間診療があるから

☐ (11)その他 ()

[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

()

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日 歳
現住所	〒			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。

以上で終了です。ありがとうございました。

