

ふりがな
 お名前 性別 男・女
 様【生年月日】 昭和・平成 年 月 日生(才)

ご住所 〒 -

電話番号 ()
 携帯電話 () 勤務先(ご職業、学校名)

家族構成 人暮らし (家族構成:)

どうなさいましたか
 ・ 歯が痛い ・ 歯肉が腫れた ・ しみる(冷・温)
 ・ 歯肉が痛い ・ 歯肉からの出血 ・ 歯がとれた
 ・ 歯がグラグラする ・ 歯石を取りたい ・ 歯の汚れを取りたい
 ・ 歯並びが気になる ・ むし歯、歯周病の予防がしたい
 ・ 詰め物が取れた ・ 入れ歯を作りたい ・ 入れ歯が合わない
 ・ 健診をしてほしい ・ 口臭がある
 ・ その他 ()

どこですか	右上	上前	左上	あご その他()
	右下	下前	左下	

歯を抜いて何か異常がありましたか
 ・ ない ・ 歯を抜いた事がない
 ・ ある どのように()

次の病気にかかったり、手術をしたことがありますか
 ・ ない ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 低血圧
 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ 肝炎 ・ 喘息
 ・ 脳血管の病気 ・ その他 病名()

ペースメーカーをお使いですか
 ・ いいえ ・ はい

タバコを吸いますか
 ・ 吸わない ・ 以前吸っていた(年前) ・ 吸う(1日 本位)

血圧はどのくらいですか (/ mmHg) ・ 分からない

現在通院中の病院・医院はありますか
 ・ ない
 ・ ある 病院、医院名()

現在何か薬を飲んで
 いますか
 ・ いいえ
 ・ はい 薬の名前 ()

薬の副作用はありませんか
 ・ ない ・ ある 薬の名前()

金属アレルギーはありますか
 ・ ない ・ ある 金属名()

女性の方へ
 現在妊娠中ですか
 ・ いいえ
 ・ はい (週目) ・ 可能性あり

当院をお知りになった理由をお聞かせください
 ・ 知人、家族からの紹介(ご紹介者名)
 ・ 以前から通院中 ・ 他の医療機関からの紹介 ・ タウンページ
 ・ ホームページ ・ 建物/看板を見て ・ 近いから
 ・ その他 ()

通院するのにご都合が良いのはいつですか
 ・ 曜日 () ・ 時間帯 ()
 ・ その他 ()

*治療にあたりご希望がありましたらお書き下さい
 []

質問票

名前 _____

以下の質問の当てはまるところにチェックをつけて下さい。

- 歯を大切にしたい
- 歯の治療が嫌い
- 忙しく治療に時間をかけたくない
- 治療にお金をかけたくない
- 虫歯で歯を失いたくない
- 自分の歯で一生噛みたい
- 取りはずしの入れ歯やブリッジにしたくない
- 永久歯は虫歯ゼロ、治療ゼロにしたい
- 虫歯になりたくない、
もしくは、子供を虫歯にならないようにしたい
- 虫歯で痛い思いをしたくない、
もしくは、子供に虫歯で痛い思いをさせたくない
- 子供に虫歯をうつしたくない
- 自分のため、子供のために虫歯の原因を断ちたい
- 今まで治療した所を長く持たせたい
- 今は虫歯はないが、これからも虫歯にならないようにしたい

治療に関して希望することにチェックをつけて下さい。

- 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）
- 治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること（再発リスク）
- 自然に美しく見えること（審美性）
- 天然の歯のように、できるだけ違和感なく噛めること（機能性）
- 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）