

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 (例:顔にタオルをかけてほしい、唇が荒れるのでリップを塗ってほしい)

[ ]

## 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）