



ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 自宅 TEL \_\_\_\_\_

携帯 TEL \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

当院をお選び頂いた理由 1. 評判を聞いて 2. インターネット (PC・携帯) 3. 通りかかって 4. 看板  
5. 紹介 紹介者 ( \_\_\_\_\_ 様) 6. ご都合の良い曜日 ( \_\_\_\_\_ 曜日 )

1) 今日はどうなさいましたか？

- 1. 歯が痛い 2. 歯茎が腫れている 3. 欠けた 4. つめもの、被せ物が取れた 5. 親知らず
- 6. 義歯、ブリッジ、差し歯を入れたい 7. インプラントをしたい 8. 歯並びを治したい
- 9. 痛みは無いが気になる所がある 10. 歯周病をチェックしてほしい 11. 検診を希望
- 12. ホワイトニングがしたい 13. クリーニング希望 14. 相談したいことがある ( \_\_\_\_\_ )

2) 1) で1~5にチェックをされた方に質問です。痛みがある部位はどこで、どのように痛みますか？

左上	上前	右上	1. 全体的に痛い 2. スキズキ痛む 3. しみる (冷たいもの・熱い物)
左下	下前	右下	4. 噛むと痛む 5. グラグラする 6. 時々痛む
			7. 痛み止め等の薬を飲んだ

3) いつ頃から痛みがありますか？

- 1. 今日から 2. 昨日から 3. \_\_\_\_\_ 日前から 4. \_\_\_\_\_ 週間前から 5. \_\_\_\_\_ か月前から

4) 内科的疾患はありますか？

- 1. ありません 2. 心臓 (不整脈・心不全・虚血性心疾患) 3. 脳血管障害 4. てんかん
- 5. 肝炎 (A型・B型・C型・その他) 6. 高血圧疾患 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg) 7. 貧血
- 8. 糖尿病 (HbA1c: \_\_\_\_\_ %) 9. 慢性肝臓病 10. 骨粗しょう症 11. メタルアレルギー
- 12. 甲状腺機能障害・甲状腺機能亢進症 13. 副腎皮質機能不全 14. 喘息・慢性気管支炎
- 15. メンタルケア・自律神経失調症 16. その他疾患 ( \_\_\_\_\_ )
- 17. 現在服用中のお薬 ( \_\_\_\_\_ )
- 18. 薬物アレルギー・合わないお薬 ( \_\_\_\_\_ )

5) 現在妊娠中ですか？

- 1. いいえ 2. はい 妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月 3. まだ分からないが可能性がある

6) たばこを吸いますか？

- 1. 吸いません 2. 吸う 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本

7) 以前に歯科治療で麻酔や抜歯をした際、何か異常がありましたか？

- 1. 特に異常なし 2. ある (どのような異常ですか: \_\_\_\_\_ ) 3. アナフィラキシーショック

8) この機会に 1. 徹底的に治したい 2. ある程度全体的に治したい 3. 悪いところだけ治したい

【領収証の発行について】

- 1. まとめて 毎回の領収証の交付は必要ないが、必要な時にまとめて発行してほしい (基本年間で1枚です)
- 2. 毎回 診療毎に領収証の交付が必要 ※再発行は行っておりません
- 3. 不要 毎回の領収証は不要

【ご来院の皆様へ】

医療行為を行っているため、予約時間どおりにご案内できないことがあります。お時間に余裕を持ってお越しください。また、来院時間に遅れた場合、予定の治療を行えないことがあります。

領収書と予約の説明内容をご理解の上、ご署名をお願いいたします。署名 \_\_\_\_\_

【生活習慣について】

・酢（黒酢、もろみ酢等）

飲んでいない  毎日  たまに  お酢を使った料理を好んで食べる  自家製ジュース

・果物をよく食べる

いいえ  はい（何を？）

・硬い物

食べない  食べる（スルメ、フランスパン、氷、その他 \_\_\_\_\_）

・お菓子

あまり食べない  時々食べる

よく食べる（あめ、スナック菓子、せんべい、ケーキ、チョコレート、和菓子、その他 \_\_\_\_\_）

・よく飲むもの

コーヒー（砂糖を入れる・入れない・缶コーヒー）  ワイン  お茶  栄養ドリンク

仕事、勉強しながらよく飲むもの（\_\_\_\_\_）

ペットボトル飲料（スポーツドリンク・炭酸飲料・その他 \_\_\_\_\_）

・食事のスピード

早い  遅い（ よく噛んで食事することを心がけている）

・金属製のアクセサリで金属荒れすることがありますか？

ある  ない  金属アレルギーと診断を受けている

・睡眠時間、就寝時の様子

よく眠れる（ \_\_\_\_\_ 時間）  よく眠れない  仰向き  横向き  うつぶせ

・歯ぎしり、くいしばりをする

自覚している  人に言われる  やってないと思う

・顎の調子が悪い

カクンカクン音がする  くちを大きく開けづらい  硬い物を噛むと痛い

くちの周りの筋肉が痛い、だるい、顎が疲れる  かみ合わせが気になる

・歯磨きについて

① 歯ブラシは1日 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 分間

② 歯磨き粉を使用している？  はい（商品名： \_\_\_\_\_）  いいえ

③ ブラシは 1.かため 2.ふつう 3.やわらかめ 4.電動歯ブラシ（商品名： \_\_\_\_\_）

④ デンタルフロスを使っていますか？  はい（毎日・1日 \_\_\_\_\_ 回・ときどき）  いいえ

・歯を白くすることに興味がある？

天然歯へのホワイトニング  金属の被せ物を白くしたい  汚れが付きやすい

・以下の当てはまるものにチェックをお願いします。

子供のころ矯正治療を受けたことがある  爪を噛む癖があった

舌の正しい位置を知っている  くちで呼吸をする  鼻が悪い（アレルギー性鼻炎・花粉症）

のど飴をよくなめる  虫歯予防のためにガムを噛む習慣がある  フッ素洗口をしている

頭痛持ちである  逆流性食道炎と言われたことがある（胃酸が気になる・胸やけがする）

その他、診療に対する希望・要望がございましたら、ご遠慮なくご記入ください。

またその旨、直接医師とご相談ください。