問　診　表

令和　　年　　月　　日記入

ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	生年月日	年　月　日生
お名前	男 ・ 女	ご職業	会社員/自営/主婦/学生/その他(　　)
ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先	携帯番号: 自宅:
ご住所　〒		緊急時の連絡先	

＜下記の場合こちらからお電話をさし上げることがございます＞
・60分以上のご予約がある場合
・お約束の時間を過ぎてもご連絡いただけない場合
・外科処置後など経過をお聞きする場合
・ご予約の確認・変更などの場合

＜連絡制度について＞
「予約のうっかり忘れ防止」や「予約の前日確認」の為に当院からの「予約確認メール」を行います
※メールアドレスをご記入ください(　　)

どのようにして当院をお知りになりましたか	□ 広告を見て(　　)　□ 家や職場が近所 □ ﾀｳﾝﾍﾟｰｼﾞ(電話帳)　□ 通りがかり □ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　□ 通院している家族がいる(お名前:　　) □ 紹介してもらった・・・(紹介者のお名前:　　様)
当院は初めてですか	□ はい　□ いいえ
前回、歯科を受診したのは	年　ヶ月前頃
本日はどうされましたか	□ 歯が痛い　□ つめ物・かぶせ物が取れた □ 歯ぐきが痛い　□ 歯がグラグラする □ むし歯の治療をしたい　□ 歯ぐきの色が気になる □ 着色が気になる　□ 歯石を取ってほしい □ 義歯を入れたい　□ 口臭が気になる □ 義歯をつくり直したい　□ 検査・定期健診をしてほしい(自由診療希望) □ その他(　　)
痛みはありますか	□ ある　□ ない ・どこが: 左上 / 左下 / 前歯上 / 前歯下 / 右上 / 右下 ・いつから:　　前から ・どの様に: 冷たいものがしみる / 熱いものがしみる / 噛むと痛い 何もしなくても痛い / 時々痛い / 腫れて痛い ・その他: (　　)
今日はどのようになっていたいですか	□痛みを取り除いてほしい　□その他(　　)
歯科で麻酔をしたことはありますか	□ ある　□ ない 『ある』と答えた方に質問します。その時は・・・ □ 異常があった (気分が悪くなった/動悸がした/貧血をおこした/頭痛がした) □ 異常はないが麻酔が効かなかった　□ 異常はなかった
歯を抜いたことはありますか	□ ある　□ ない 『ある』と答えた方に質問します。その時は・・・ □ 異常があった　□ 異常はなかった (血が止まらなかった/発熱/気分が悪くなった/貧血を起こした/痛みが長く続いた) その他(　　)
持病について	□ ある　□ ない 『ある』と答えた方に質問します。その時は・・・ □ 心臓　□ 不整脈　□ 糖尿病　□ ﾘｳﾏﾁ　□ 骨粗鬆症 □ 肝炎　□ 高血圧　□ ぜんそく　□ 悪性腫瘍 □ 肝臓　□ 低血圧　□ その他(　　) もしよろしければ病名(　　)かかりつけの病院(　　) 服用中の薬(　　)主治医(　　先生)
お薬でアレルギー症状が出たことがありますか	□ ある　□ ない 使えないお薬(　　)
金属アレルギーについて	□ 金属製品にかぶれたことがある　□ ない
食品アレルギーについて	□ ある(　　)□ ない
その他に特別なこと	□ ない　□ 妊娠　ヶ月　□ その他(　　)
診療についてご希望があれば、お知らせ下さい(複数回答可)	□ 痛いところ、困っているところを治してほしい □ 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい □ 月　日までに治療を終えてほしい □ 最善の治療法で治療したい □ 極端に恐がりなので、注意してほしい □ 自分の歯についてこだわりがあるのでカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい □ その他 (　　)

※個人情報について:　当院は皆様の個人情報を満足と信頼の向上に役立てるべく適切に保護・管理し他に漏洩することのないように大切にお守りします。
当院は皆様からご同意いただいた場合を除き、学会や研修会において個人情報を第3者に提供または開示いたしません。

治療に関するご希望確認アンケート

氏名：

カルテ番号：

R　　年　　月　　日

1 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答ください。

① 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）
② 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）
③ 自然に美しく見えること（審美性）
④ 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）
⑤ 金属アレルギーなどになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）

⇩

①～⑤の番号でお答ください

最も重要なのは？　→（　　）

２番目に重要なのは？　→（　　）

３番目に重要なのは？　→（　　）

今後、治療の参考にさせて頂きます。

2 下記 A～C より該当するものをひとつお選びください。

□A.　とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
（例：保険診療・銀歯）

□B.　費用は少ないほうがいいが、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい
（例：銀歯・セラミック・インプラント）

□C.　費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい
（例：自由診療・インプラント・セラミック）

3 診療について（複数回答可）チェックをして下さい

□　痛いところ、困っているところだけ治療してほしい
□　問題のあるところを治療してほしい
□　お口の中全体を治療してほしい
□　治療期間について聞きたい
　□A.　回数について知りたい
　□B.　＿＿月＿＿日までに治療を終えてほしい　理由（　　）
　□C.　その他（　　）

生活問診表　　R　年　月　日

❶ 歯磨きについて

歯磨き指導は受けたことがありますか？　ない　・　ある

1日何回歯を磨きますか？　（　　回）

いつ歯を磨きますか？　朝　・　昼　・　夜　・　毎食後

歯肉からの出血はありますか？　ない　・　ある

歯石を取ったことがありますか？　ない　・　ある

（あると答えた方）それはいつごろですか？　（　　前）

歯磨き粉をつけますか？　練り歯磨き　・　デンタルリンス　・　ジェル　・　つけない

補助器具を使用したことがありますか？　ない　・　ある

（あると答えた方）それはどのような物ですか？　デンタルフロス　・　糸ようじ　・　歯間ブラシ　・　タフトブラシ

---

❷ 食事について

1日　　回

好き嫌いがありますか？　はい　・　いいえ

好きなもの（　　）嫌いなもの（　　）

よく噛むことができますか？　はい　・　いいえ

---

❸ 間食について

毎日時間をきめて　・　毎日食べたい時に　・　時々　・　とらない

---

❹ 間食にどのようなものをとりますか？

スナック菓子　ガム　アメ　チョコレート　キャラメル　ケーキ　煎餅

果物　パン　ファーストフード　ドーナツ　その他（　　）

---

❺ よく飲むものは？

コーヒー　紅茶　緑茶　烏龍茶　牛乳　ジュース　炭酸飲料

乳酸飲料　スポーツドリンク　ワイン　水

---

❻ キシリトールを摂取したことがありますか？　ない　・　ある

---

❼ 歯ぎしり・くいしばり・爪をかむ癖はありますか？　ない　・　ある

---

❽ 吐き気をもよおしやすいですか？　はい　・　いいえ

---

❾ 生活は規則的ですか？　はい　・　いいえ

（例えば昼夜逆転している、睡眠時間がバラバラなど）

---

❿ ホワイトニングをされたことがありますか？　はい　又は興味がある　・　いいえ

（はいと答えた方）どちらですか？　ホーム（家で　）　・　オフィス（歯医者で）　・その他（　　）

⓫ 今、スポーツを何かされていますか？　はい　・　いいえ

（はいと答えた方）どんなスポーツですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

裏に続く

スマイル・チェックシート　　R　年　月　日

１．あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

□はい　　□いいえ

現在の歯の本数は＿＿＿＿＿本だと思う

２．あなたは８０歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は８０歳の時に＿＿＿＿＿本歯を残したい

３．あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われますか？

□はい　　□いいえ

その理由は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．あなたはご自分のくちもとが気になりますか？

□はい　□いいえ

５．くちもとが気になり始めたきっかけは何ですか？

□写真を見て　□人に言われて　□鏡を見て　□雑誌を読んで

６．いつ頃から気になりはじめましたか？

□数ケ月前から　□2～3 年前から　□子供の頃から

７．あなたは次のどのことが気になりますか？

（クリーン）

□口臭　□ヤニ　□歯の汚れ　□歯石

□歯茎が赤い　□はれている　□時々出血する

（ビューティー）

□歯の色　□歯の形　□歯のすき間　□歯並び　□歯ぐきの色

８．あなたはタバコを吸いますか？

□吸う１日＿＿＿本　□吸わない

□吸っていたが＿＿＿年前にやめた

９．Ｑ８でやめたと答えた方

やめたきっかけを教えて下さい

（　　）

１０．Ｑ８で吸うと答えた方

□タバコを今すぐ辞めたい　□そのうち辞めたい

□タバコを半年以内に辞めたい　□やめるつもりはない

１１．電動歯ブラシは使用していますか？

□使用している　□使用していない　□興味がある