

ご記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	〒 住所 自宅Tel ( )
お名前			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	勤務先/在学学校	
緊急時の連絡先:			携帯Tel:

※下記の質問は診療のための大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので正確にご記入ください。

●当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯科医師の紹介( _____ )病院( _____ )先生 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 雑誌・広告を見て <input type="checkbox"/> その他( _____ )																														
●本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた・欠けた <input type="checkbox"/> 歯肉の不調 <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> PMTCを受けたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 相談をしたい <input type="checkbox"/> その他( _____ )																														
●不調や気になる場所はどこですか？またいつ頃からですか？	左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> _____ 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から																										
●現在通院中の病院、または服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		病名: _____ 医院名: _____ 薬剤名: _____ <small>お薬手帳や服用薬一覧をおもちでしたらコピーをとらせていただきますので受付にお出してください。</small>																												
●薬や食べ物などのアレルギー・特異体質などはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ )																														
●内科的な病気はありますか？または過去にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) _____ <input type="checkbox"/> 胃腸・腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝炎(A B C 他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患																												
●女性の方へ <妊娠・授乳について>	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 妊娠  か月 <input type="checkbox"/> 産後  か月 (出産予定日  月  日)      (授乳 あり / なし)																												
●今までに歯科治療で困ったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない		<input type="checkbox"/> ある( _____ )																												
●最後に歯科治療や検診を受けたのはいつ頃ですか？	( _____ 頃)																														
●ご都合の良い曜日・お時間帯に○をしてください。	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10:30~13:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">休 診 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14:30~18:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00~20:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						月	火	水	木	金	土	10:30~13:00				休 診 日			14:30~18:00						18:00~20:00					
	月	火	水	木	金	土																									
10:30~13:00				休 診 日																											
14:30~18:00																															
18:00~20:00																															

口腔内および生活習慣に関するアンケートです。該当する項目に○印をつけて下さ

- ご自分の歯の外観（歯並び・隙間・色・形・など）に不満がある 【 はい ・ いいえ 】
- 食事をすると食べ物が歯に詰まるところがある 【 はい ・ いいえ 】
- 歯を磨くと歯ぐきから出血する事がある 【 はい ・ いいえ 】
- 冷たいものや、あついものがしみる時がある 【 はい ・ いいえ 】
- 歯ぐきの腫れや下がりが気になる 【 はい ・ いいえ 】
- 口臭がするのではないかと気になる 【 はい ・ いいえ 】
- 歯石やステイン・ヤニ等がついていると感じる 【 はい ・ いいえ 】
- あごに違和感や痛みを感じたことがある 【 はい ・ いいえ 】
- 歯ぎしりや食いしばりが気になる 【 はい ・ いいえ 】
  
- 一日に何回歯みがきをしますか？ 【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上】
- いつ歯磨きをしますか？ 【 起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 】
- 歯みがきに使用する道具 【 歯ブラシ ・ フロス ・ 歯間ブラシ ・ その他（ ） 】
- 習慣的に飲むもの 【 ある（ ） ・ ない 】
- 間食のとり方 【 規則正しい ・ 不規則 ・ しない 】
- 喫煙について 【 する（1日\_\_\_\_本位） ・ しない ・ 過去にしていた（ 年前） 】
- 平均睡眠時間について 【 約\_\_\_\_\_時間 】
- ご自分の歯の状況（むし歯・歯周病その他）を把握している 【 はい ・ いいえ】
- 現在のご自分の歯の本数をご存知ですか？ 【はい（ 本） ・ いいえ 】
- 歯は年をとると悪くなり、入れ歯になるのは仕方ないと思う【 はい ・ いいえ】
- 『P M T C』という言葉をご存知ですか？ 【 はい ・ いいえ】  
※予防のプロである歯科衛生士による口腔内清掃です。特殊な器具を用いて歯石・ステインなどを落とし徹底的にきれいにします。むし歯・歯周病予防に効果的です。
- 『8020運動』をご存知ですか？ 【 はい ・ いいえ】  
※8020運動とは80才で自分の歯を20本以上残そうという運動です
- その他 ご相談したいこと、治療に際しご希望等ございましたらお書きください。

---

---

---

---

---