

年 月 日

担当：

カルテNo.

# 問 診 表

(フリガナ)		男 女	生年月日 (満 歳)
お名前			明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 ( ) 携帯番号 (緊急連絡先として) ( )	
ご職業		E-mail	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名： ) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ( )
前回歯科治療は?	<input type="checkbox"/> 当院で ( 年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で ( 年 月前)
その時の感想は	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ( )
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 年 月までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“怖がり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・特になし
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる ( ) ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 最高： 最低： <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 口内炎がしやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名： ) <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 歯科で麻酔をすると気分が悪くなる <input type="checkbox"/> その他 ( )

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい。

# スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

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せんか？

はい いいえ

その理由は？\_\_\_\_\_

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口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？

数ヶ月前から 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

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない