

# 予診表

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 希望される連絡先  自宅 ( \_\_\_\_\_ )

携帯 ( \_\_\_\_\_ )

勤務先 \_\_\_\_\_ 携帯電話 E-mail \_\_\_\_\_

※お約束の数日前にメールでお知らせするシステムを導入しています。日頃お使いになるアドレスをご記入下さい。

下記の項目にご記入をお願いします。

● 今日はどうなさいましたか？

歯が痛む  虫歯の治療がしたい  入れ歯を作りたい  歯の掃除がしたい  
 検査をしたい  ホワイトニング相談  インプラント相談

● どこが気になりますか？または痛みますか？

歯  歯ぐき  頬  舌  唇  
 右上奥歯  右下奥歯  上前歯  下前歯  左上奥歯  左下奥歯

● それはいつ頃からですか？

今日初めて  \_\_\_\_\_ 日前から  ずっと前から  時々

● 当院は何でお知りになりましたか？

紹介 (ご紹介者名 \_\_\_\_\_ 様)  インターネット  広告  通りがかり  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 最後に歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？その時は何をなさいましたか？

\_\_\_\_\_ 頃  治療  定期健診  歯の掃除  その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 今までの歯科治療の中で何か嫌なこと・気になることはありましたか？

痛み  説明が不足  治療期間が長い  待ち時間が長い  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 現在服用している薬等がありますか？

ない  ある (薬品名: \_\_\_\_\_ )

● これまでに、薬を飲んで異常が出たことがありますか？

ない  ある (薬品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

● 現在体調はいかがですか？

良好  あまり良くない  治療中  妊娠中 ( \_\_\_\_\_ か月 出産予定日 / \_\_\_\_\_ )

● 現在、または今までにかかった病気はありますか？

心臓  肝臓  腎臓  胃腸  糖尿病  耳鼻疾患  てんかん  
 骨粗鬆症  悪性腫瘍  大きな骨折  その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 血圧はいかがですか？

正常  高い ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )  低い ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

● 特異体質やアレルギーなどはありますか？

ない  花粉症  金属アレルギー  喘息  ラテックス (ゴム) アレルギー  
 ヨード過敏症 (例: イソジン、赤チンなど)  その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 歯科への不安、当院への期待などがございましたらお書き下さい

( \_\_\_\_\_ )

ITO DENTAL OFFICE

ご協力ありがとうございました。

# 健康調査票

No.

氏名

H 年 月 日

健康状態を把握するためのアンケートです。ご協力お願い致します。

- 1 タバコを吸いますか？ はい 1日 本 / いいえ
- 2 お酒を飲みますか？ よく飲む / たまに飲む / 飲まない
- 3 普段食事の時は、主にどちら側の歯でかみますか？ 左側 / 右側 / 両方 / わからない
- 4 歯の健康状態について
- ①虫歯の原因をご存知ですか？ はい( ) / いいえ
- ②歯周病(歯槽膿漏)の原因をご存知ですか？ はい( ) / いいえ
- ③歯ぐきから血が出る事がありますか？ はい / いいえ
- ④朝起きた時など、口の中が粘るような感じはありますか？ はい / いいえ
- ⑤歯ぐきが腫れることはありますか？ はい / いいえ
- ⑥口臭が気になりますか？ はい / いいえ
- ⑦硬い物がしっかりと噛めますか？ はい / いいえ
- ⑧歯と歯の間に食べ物が詰まりやすいですか？ はい / いいえ
- ⑨歯並びが悪くなったと思いますか？ はい / いいえ
- ⑩今までに歯石を取ってもらったことはありますか？ はい( )頃 / いいえ
- ⑪今までに歯周病と言われたことはありますか？ はい( )頃 / いいえ
- ⑫今までに歯磨きの指導を受けたことがありますか？ はい( )頃 / いいえ
- ⑬歯ぎしりや、食いしばる癖はありますか？ はい / いいえ / わからない
- ⑭口で呼吸をしていることが多いですか？ はい / いいえ / わからない
- ⑮イビキをかきますか？ はい / いいえ / わからない
- ⑯口内炎はできやすい方ですか？ はい / いいえ
- ⑰ご家族の中で、若くして入れ歯になった方はいますか？ はい( ) / いいえ
- ⑱1日にどのくらい食べたり飲んだりしますか？ 1日 回くらい
- ⑲歯を磨くのはいつですか？ 起床後 / 朝食後 / 昼食後 / 夕食後 / 就寝前
- ⑳糸ようじや歯間ブラシを使いますか？ はい / いいえ
- 5 歯の治療のご希望について
- ①今現在のお口の中の問題点を全て知りたいですか？ はい / いいえ  
知りたいが聞くことが怖い
- ②ご自分の歯で生涯過ごしたいですか？ はい / そうしたいが無理だと思う
- ③治療にあたり何か心配なことはありますか？ いいえ  
はい( )