

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。

問 診 票

名前 _____

生年月日 ____年__月__日 (才)

当てはまる項目にチェックまたは記入をお願いします

1 お子様は、現在、保育園・幼稚園…etc.に通っていらっしゃいますか？

まだ通っていない 通っている (保育園 ・幼稚園 ・小学校 年生)

2 主にお子様と多く過ごされているのはどなたですか？

父 母 祖父母 その他

3 ご兄弟はいますか？

いない いる _____人 兄(才) 姉(才) 弟(才) 妹(才)

4 おやつの種類はどうか？

- 甘いお菓子や飲み物は取らないように気をつけています。
 おやつは、甘いものでも何でも食べます。
 チョコレート・アメ・ガム・乳酸飲料など子供が好きなものを何でもあげています。

5 おやつの量・回数はどうですか？

- 回数を決めて、量も多くなならないよう気をつけています
 いつもは気をつけているのですが、子供の機嫌が悪いときなどはあげています
 あまり気にせず、子供が欲しがるときにあげています

6 歯磨きの回数はどうですか？（お母さんが手伝ってあげる場合も含みます）

一日_____回（起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前）

7 寝る前に飲んだり食べたりしますか？

はい (種類 _____) いいえ

8 歯磨きの方法はどうか？

本人が磨いた後で、毎日、仕上げ磨きをしています。 時々、仕上げ磨きをします 本人に任せています。

9 デンタルフロスや糸ようじをご存知ですか？

使用しています（時々も含む） 私（家族）は使っているが、本人は使用していません。
 知っているが、使用していません。 知りません。

10 フッ素をご存知ですか？

歯医者さんでフッ素を塗ってもらいました。(頃) 知っています。 知りません。

11 シーラントをご存知ですか？

知っています。 聞いたことがあります。 知りません。

12 お子様の癖はありますか？

指しゃぶり 爪かみ タオルかみ その他 ()

13 虫歯の原因をご存知ですか？ また、それは何だと思えますか？

知っています。() 知りません。

14 お子様の治療にあたり、何かご希望はございますか？