

ふりがな お名前	男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)
〒 ご住所	電話番号 携帯電話	— — — —
勤務先	勤務先電話	— —

以下の質問に該当するものすべてに○印をつけてください。

**1. 当院へ来られた動機をお聞かせください。**

- ① 家族が来ている (父・母・夫・妻・祖父母・子供・兄弟)
- ② 知人が来ている (お名前 )
- ③ インターネットを見て
- ④ 職場が近い
- ⑤ 近所
- ⑥ 口コミ
- ⑦ その他 ( )

**2. 歯科の受診はいつ以来ですか？**

年 月 以来

**3. 今日はどうなさいましたか？**

- 歯が痛い
- 歯茎が腫れた
- 冠が外れた
- 顎が痛い
- 検診
- フッ素塗布希望
- 歯がしみる
- できものができた
- 詰め物がとれた
- 入れ歯が痛い
- 歯石を取りたい
- その他 ( )
- むし歯がある
- 血が出る
- 舌が気になる
- 入れ歯が壊れた
- インプラント希望
- 顔が腫れた
- 口臭が気になる
- 顎が開かない
- 入れ歯を入れたい

**4. どの部位ですか？また痛みや症状はいつからですか？**

右上 上前 左上  
 右下 下前 左下

- ① 今日初めて
- ② 昨日から
- ③ 時々
- ④ ( ) 日前から
- ⑤ ずっと前から
- ⑥ 現在痛みはない

**5. 麻酔の注射や歯を抜いた時、何か異常はありませんでしたか？**

- ない
- ある → ① 気分が悪くなる ② 大量の出血 ③ 貧血になった
- ④ その他 ( )

**6. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？**

- ない
- ある → ① 高血圧 ( / ) ② 糖尿病 (HbA1c . %) ③ 心臓病
- ④ 肝炎 (A・B・C・他) ⑤ その他・手術など ( )

**7. 現在服用しているお薬はありますか？**

- ない
- ある → (病名 )
- (薬剤名 注射名 )
- (医院名 担当医 )

裏面にもご記入ください

8. お薬でアレルギーはありますか？

- ない
- ある → (病名 \_\_\_\_\_ )

9. 歯磨きについて

- 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 1回の時間 ( \_\_\_\_\_ ) 分

10. 歯ブラシ以外の清掃用品は使っていますか？

- 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 1回の時間 ( \_\_\_\_\_ ) 分
- 電動ブラシ ・ フロス ・ 歯間ブラシ

11. 喫煙されていますか？

- していない
- している → ● (1日 \_\_\_\_\_ 本/喫煙期間 \_\_\_\_\_ 年) ● 銘柄 ( \_\_\_\_\_ / mg)
- 以前していた → ● ( \_\_\_\_\_ 年前/1日 \_\_\_\_\_ 本/喫煙期間 \_\_\_\_\_ 年)

12. 睡眠時間について

- 約 ( \_\_\_\_\_ ) 時間

13. 習慣的に飲まれている飲料はありますか？

- していない ● 炭酸飲料 ● コーヒー
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

14. 間食の取り方について

- する (規則正しい・不規則) ● しない

15. 女性の方へ

- 妊娠していない
- 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ● 妊娠の可能性がある ● 授乳中

16. この受診で

- ① 悪いところは全部治したい
- ② 応急的な処置を希望

17. 治療に対するご希望はありますか？

- ① すべて保険の範囲内で治したい
- ② 場合によっては自費でもかまわない (話を聞きたい)
- ③ 最も良い材料と方法で治療したい (自費治療)

18. 型採りなどで気持ちが悪くなったことはありますか？

- ない ● ある

19. 通院に都合の良い曜日・時間帯はありますか？

- 月 ● 火 ● 水 ● 木 ● 金 ● 土 (時間帯 \_\_\_\_\_ )

20. この中で興味のあるものはありますか？

- ホワイトニング ● エアフロー ● 銀歯を白い歯へ ● 親知らず抜歯 ● 歯周再生治療
- 入れ歯 (金属床) ● スマートデンチャー (バネのない入れ歯) ● インプラント
- マウスピース (歯ぎしり・顎関節症・スポーツ)

21. 定期検診や治療が中断になっている際のお知らせ方法のご希望はございますか？

- SMS (ショートメッセージ)  ハガキ  電話

※その他ご要望があればご記入ください

[ \_\_\_\_\_ ]