

しのはら歯科医院 予診票

平成 年 月 日

ふりがな	血液型 ()	未婚・既婚
氏名	男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (才)
〒	自宅電話	()
自宅住所	携帯電話	()
	E-mail	
仕事先名()	職業	電話 ()
〒		
住所		
世帯主名(保護者)	職業	連絡先 ()
通院に便利な曜日	月 火 水 木 金 土	時間帯()
ご紹介者のお名前		予約確認の電話 (要・不要)

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。当院ではあなたの健康を保つためにお役に立ちたいと考えています。その上であなたの痛みや困っている点を改善するだけでなく、楽しく食事ができるようになり、美しい歯で素敵な笑顔を見せられるようになっていただきたいと思います。尚、この予診票は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

当てはまる項目に✓を付けてください。

1. 当院へ来られた 動機は？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家族が来ている (父・母・夫・妻・祖父母・子供・兄弟) <input type="checkbox"/> 親類が来ている <input type="checkbox"/> 知人が来ている お名前() <input type="checkbox"/> インターネットから <input type="checkbox"/> 他の医院からの紹介() <input type="checkbox"/> 本をみて 書名() <input type="checkbox"/> 職場が近いから <input type="checkbox"/> 最寄りの駅が近いから <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家が近いから <input type="checkbox"/> その他()
2. 今一番お困りの点は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 咬みにくい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> つめ物・冠がはずれた <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 歯の検診を受けたい <input type="checkbox"/> 顎の関節 <input type="checkbox"/> その他()
3. どの部位ですか？	<input type="checkbox"/> 奥歯(左 右)(上 下) <input type="checkbox"/> 前歯(左 右)(上 下) <input type="checkbox"/> その他()
4. それはいつからですか？ そのきっかけは？	<input type="checkbox"/> ()時間前 <input type="checkbox"/> ()日前 <input type="checkbox"/> ()週間前 <input type="checkbox"/> ()ヶ月前 <input type="checkbox"/> ()年前 ()
5. 痛みのある方へ どんな時に痛みますか？	<input type="checkbox"/> 現在も痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い <input type="checkbox"/> 食事中(冷たい物・熱い物・甘い物) <input type="checkbox"/> 咬んだ時(硬い物・普通物・軟らかい物) <input type="checkbox"/> 歯ブラシを当てた時 <input type="checkbox"/> その他()
どのように痛みますか？	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛む <input type="checkbox"/> しみた後痛みが続く約()分 <input type="checkbox"/> しみた後すぐ治まる <input type="checkbox"/> 鈍い痛み <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> その他()
一番痛かったのは？	<input type="checkbox"/> 今現在 <input type="checkbox"/> ()時間前 <input type="checkbox"/> ()日前 <input type="checkbox"/> ()週間前 <input type="checkbox"/> ()ヶ月前 <input type="checkbox"/> その他()
6. 硬い物を食べた時や歯磨きの時、歯ぐきから血が出ますか？	<input type="checkbox"/> 出る <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 時々
7. 口の中が臭いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない
8. 食べ物が歯の隙間に引っかかりますか？	<input type="checkbox"/> よく引っかかる <input type="checkbox"/> ひっかからない
9. 知らないうちに歯肉ぐき下で骨の破壊が起こることがある事をご存知ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 両側で物を咬みますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 左が多い <input type="checkbox"/> 右が多い
11. 口を開け閉めする時、顎に音がしますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
12. 歯ぎしりや歯を食いしばるくせがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない
13. 1日に歯を磨く時間と回数？	約()分 ()回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 時々忘れる
14. どんな歯ブラシをお使いですか？	<input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 大きい <input type="checkbox"/> 小さい <input type="checkbox"/> 電動
15. 補助的清掃道具はお使いですか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> デンタルフロス(糸ようじ)
16. 専門的に歯の磨き方を指導していただきましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 指導して欲しい

17. 歯医者にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
最後に受診したのは？	<input type="checkbox"/> () 年前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () 日前		
18. 歯科治療は怖い、痛いと思っ ていますか？	<input type="checkbox"/> 怖い <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> なんとも思わない		
19. 怖かったり痛かったのはどの治療ですか？	<input type="checkbox"/> 歯を削る時 <input type="checkbox"/> 歯を抜く時 <input type="checkbox"/> 注射の時		
	<input type="checkbox"/> その他()		
20. 定期的に歯科医院を訪れますか？	<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> 半年に1回 <input type="checkbox"/> 年に1回 <input type="checkbox"/> 困った時に		
21. 口の中全体をレントゲン等で検査してもらったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
22. 歯をぬいたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
その時異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい		
抜けたままの方…いつ頃抜きましたか？	<input type="checkbox"/> () 年前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () 日前		
抜けた後の処置を知っていますか？	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない		
また、放置した場合の悪影響は？	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない		
23. 悪い歯はひと思いに抜いた方がいいと思 いますか？	<input type="checkbox"/> 抜きたくない <input type="checkbox"/> 抜いても構わない		
24. 次の病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他()		
25. 止められているお薬や、お薬に 対するアレルギーなど	<input type="checkbox"/> ペニシリンなどの抗生物質 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ヒノキアレルギー <input type="checkbox"/> その他		
26. かかりつけの医師 病院名は？	内科 小児科	(整形)外科 (産)婦人科	耳鼻科 他()
27. 現在飲んでいるお薬はありますか？	()		
28. あなたの健康状態は？	<input type="checkbox"/> 極めて良好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調		
29. 喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない (1日 本)		
30. 女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中() ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はある <input type="checkbox"/> していない		
31. この機会に	<input type="checkbox"/> 困っているところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 説明を受けた上で必要なところは治療したい		
32. 治療は	<input type="checkbox"/> 保険診療の範囲で受けたい <input type="checkbox"/> 保険外の方法も説明を聞いて選びたい <input type="checkbox"/> できるだけ、最良の方法を選択したい		
33. この機会に虫歯治療だけでなく、歯石取りや歯のクリーニングも受けたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
34. 最後にできるだけご要望にお応えできるよう、当てはまる項目に✓をつけてください。(複数回答可)			
	<input type="checkbox"/> 治療期間をできるだけ短くすませて欲しい(具体的な期間は？)		
	<input type="checkbox"/> 1回の治療をできるだけ短くして欲しい		
	<input type="checkbox"/> 治療期間がかかっても徹底的に治療したい		
	<input type="checkbox"/> 悪いところはすべて調べて欲しい		
	その他のご要望		

尚、当院ではインプラント(人工歯根)、歯周内科治療(顕微鏡上でお口の中の菌をモニターに映し出して見ていただきます)、子供の為の床矯正・予防矯正、ホワイトニング、特殊義歯、予防歯科、フッ素洗口指導などさまざまな治療を行っています。詳しい説明をご希望される方はスタッフにどうぞお聞きください。