

予診票

令和 年 月 日

当クリニックは、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。
下記質問へのご回答をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	和暦 年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -		
連絡先電話番号	(自宅)	(携帯)	ご職業
メールアドレス			
家族構成同居の方に○をしてください	本人のみ・夫・妻・父・母・兄弟姉妹 (人) ・子供 (人) ・その他 ()		

[1] 当院をどこでお知りになりましたか？

- 家族、知人に聞いて (ご紹介者 様) 近所、通り道だから
 ホームページを見て 検索キーワード () その他 ()

[2] 来院された理由を教えてください。(複数可)

- 歯が痛い 歯がグラグラする 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが痛い、腫れた
 虫歯が気になる 口臭が気になる 歯を白くしたい 検診 クリーニング
 歯並びの相談をしたい 全体的な歯の相談をしたい その他 ()

[3] この機会にどのような治療をお望みですか？

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 相談の上治療したい

[4] 定期検診を受けたことはありますか？また、受けてみたいと思いますか？

- ある ない
 希望する 希望しない

[5] 喫煙する習慣はありますか？

- ない
 現在喫煙している (1日の本数 本)
 現在は無いが過去に習慣があった (最後に喫煙していた年齢 歳)

[6] アレルギーはありますか？

- ない
 ある (薬剤 : 金属 : 食物 : その他 :)

[7] 通院・治療中の病気はありますか？

ない

高血圧・低血圧（血圧 / ）

心臓病（ 狭心症 心筋梗塞 不整脈 その他： ） 脳卒中

糖尿病（HbA1c： ） 骨粗鬆症 がん てんかん ぜんそく 胃腸疾患

腎臓病 肝臓病（ B型肝炎 C型肝炎 A型肝炎 その他： ）

梅毒 AIDS その他（ ）

[8] 過去にかかったことのある病気はありますか？

ない

高血圧・低血圧（血圧 / ）

心臓病（ 狭心症 心筋梗塞 不整脈 その他： ） 脳卒中

糖尿病（HbA1c： ） 骨粗鬆症 がん てんかん ぜんそく 胃腸疾患

腎臓病 肝臓病（ B型肝炎 C型肝炎 A型肝炎 その他： ）

梅毒 AIDS その他（ ）

[9] 現在くすりをのんでいますか？

ない ある（ お薬手帳 お薬）を持ってきている服用中の薬剤がある方は、お薬の名前（不明な場合は何のお薬か）を教えてください。

（ ）

[10] 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？

はい いいえ

「はい」と答えた方は治療中のどのような時にどうなったかを教えてください。

例：麻酔の時に意識が遠くなった

（ ）

[11] 血が止まりにくかったこと、または血が止まりにくい可能性があると言われたことがありますか？

はい いいえ

◆女性の方のみにお聞きします

[12] 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？

はい（ 週目） 可能性・疑いあり いいえ

[13] 現在授乳中ですか？

はい いいえ

以上で問診は終了です。ありがとうございました。

スマイル・チェックシート

1 あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

2 あなたは次のどのことが気になりますか？

歯の色 かぶせもの・つめもの

歯並び その他

3 ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある（ 説明希望 ） ない

4 矯正に興味がありますか？

ある（ 説明希望 ） ない

