

診療の前に

当医院は、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。該当する項目に☑チェックをしてください。

◆歯について

[1] いかがされましたか？

 (1) 歯が痛い((2) かすかに < (3) 軽く < (4) かなり < (5) 強く < (6) 耐えられない程) (7) 歯がしみる (8) 歯が浮いている (9) 歯ぐきから血が出る (10) 歯ぐきが腫れた (11) 口内に何かできた (12) 詰め物が取れた (13) 義歯が壊れた (14) 歯を入れてもらいたい (15) その他 ()

[2] 以前に歯科診療を受けたことはありますか？

 (1) ない (2) 当医院 (3) 他の医院 で、() 日前 () 週間前 () か月前 () 年前⇒現在は、 (4) 完治した (5) 通院中 (6) 途中で止めた

◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？ (1) ない (2) 高血圧 (3) 狭心症 (4) 心筋梗塞 (5) 不整脈 (6) 心臓弁膜症 (7) 心筋症 (8) 先天性心疾患 (9) 心不全 (10) 糖尿病 (11) ぜんそく (12) COPD (13) 肝臓病 (14) 腎臓病 (15) 甲状腺疾患 (16) 副腎皮質機能不全 (17) アレルギー (18) 関節リウマチ (19) がん (20) 脳卒中 (21) 認知症 (22) 骨粗しょう症 (23) HIV (24) てんかん (25) うつ病 (26) その他 ()

◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

 (1) ない (2) ある(お薬手帳を持参) (3) ある(お薬又は薬剤情報文書を持参) (4) ある(名前不明)

①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。

()

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ (1) はい (2) いいえ

◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

①階段を休まずに2階まで昇れますか？

① (1) はい (2) いいえ

②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？

② (1) はい (2) いいえ

③食べる時にむせることがありますか？

③ (1) はい (2) いいえ

④意識がなくなったり、気が遠くなったことがありますか？

④ (1) はい (2) いいえ

⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？

⑤ (1) はい (2) いいえ

⑥けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？

⑥ (1) はい (2) いいえ

⑦妊娠・授乳中ですか？

⑦ (1) はい (2) 可能性・疑いあり (3) いいえ

◆生活習慣について

[6] 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時 間 帯】 (1)起床後 (2)朝食後 (3)昼食後 (4)夕食後 (5)就寝前

【1回の時間】 () 分程度

【使 う も の】 (1)歯ブラシ (2)フロス (3)歯間ブラシ

(4)その他 ())

②喫煙習慣は、 (1)なし (2)あり (3)過去にあり

③睡眠時間は、1日平均 () 時間程度

④習慣的によく飲むものは、 (1)なし (2)あり

⑤間食は、 (1)しない (2)規則正しく摂る (3)不規則に摂る

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

(1)悪いところは全部治療したい

(2)痛いところだけ、希望するところだけ治したい

(3)歯の磨き方などについても教えて欲しい

(4)検査・クリーニングについて教えて欲しい

(5)できるだけ保険を使った治療を希望

(6)保険のルールがよく分からないので説明して欲しい

(7)自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

(1)他の医院からの紹介(紹介状あり)

(2)他の医院からの紹介(紹介状なし) 紹介元 ())

医院以外の方の勧め

((3)家族の勧め (4)友人・知人の勧め (5)左記以外 ()))

(6)自宅・職場に近いから (7)電柱広告を見て

(8)バス広告を見て (9)雰囲気が良いと聞いて (10)夜間診療があるから

(11)その他 ())

[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

())

| | | | |
|---------|----|-----|-------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 年 月 日 歳 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅 | 携帯 | メール アドレス |
| | | | |

ご記入いただいた個人情報は、当歯科医院の個人情報取り扱いポリシーに従い、厳正に取り扱いたします。

以上で終了です。ありがとうございました。

