

診療申込

医療法人 にいみ歯科医院

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()	
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 他院で (年 月頃) <input type="checkbox"/> 当院で (年 月頃)
その時、何か問題がありましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の方は、どんな問題でしたか? []
以前に歯を抜いたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒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"/> その他 ()
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月)
今までにかかった病気は?	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか?	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧の状態は?	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:
当院をお知りになった理由は?	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい
治療費について	<input type="checkbox"/> 費用がかかっても最も適切な治療を希望する <input type="checkbox"/> 医師と相談しながら、必要に応じて決めたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で行いたい
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土

歯と口の治療管理

(患者様へ) あなた様の生活習慣などを定期的に把握してこれからの治療を効果的に進めます。
太枠内の必要事項をご記入お願い致します。

お名前 様 初診日予約日 平成 年 月 日

○次のことについてお伺いします。(□にチェック、該当するものに○)

1. 口のお手入れについて

- ・歯磨きはいつされていますか? □起床後 □食後(朝・昼・夕) □就寝前
- ・1回の歯磨きの時間は何分くらいですか? 約()分
- ・歯ブラシ以外の清掃用具をお使いですか? □糸ようじ □歯間ブラシ □その他

2. 喫煙習慣について □なし □あり □過去にあり

3. 睡眠をどれくらいとられていますか? 約()時間

4. 食生活習慣について

- ・習慣的に毎日飲むものはありますか? □なし □あり()
- ・間食の取り方は? □不規則 □規則正しい □あまりしない

5. 現在歯医者以外の病院へ通われていますか?

□いいえ □はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・骨粗鬆症・その他())

6. 薬を飲んでいますか? □いいえ □はい(薬名)

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

これより下は歯科衛生士が記入いたします。

○歯、歯肉の状態・本日の検査結果

- ・プラークや歯石の付着 □なし □あり
- ・歯肉の炎症 □なし □あり
- ・歯の動揺 □なし □あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) □なし □あり

○歯や口の状態と全身の状態

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○これからの治療予定

- むし歯(つめる、冠、根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療
- 義歯・ブリッジの治療
- その他()

○次のことに気をつけて下さい。

- 喫煙
- 食生活習慣(間食 飲料物)
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

療法人にいみ歯科医院
510-0062 三重県四日市市北浜田町3番5号
059-353-5580
新美敦司

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

スマイル・チェックシート

お名前 _____

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

Q 1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は _____ 本だと思う

Q 2. あなたは80歳のときに、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に _____ 本歯を残したい

Q 3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

その理由は？ _____

Q 4. あなたはご自分の□もとが気になりますか？

はい いいえ

Q 5. □もとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて
鏡を見て 雑誌を読んで

Q 6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

Q 7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石
歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間
歯並び
かぶせたものの色 かぶせたものの形
歯ぐきの色 歯ぐきの形

Q 8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

ご記入ありがとうございました。 予約日当日こちらの3枚の用紙をお忘れなくご持参の上、気を付けてお越しください。