

No. _____

歯科予診票

フリガナ	生年月日 T
氏名	S 年 月 (歳) H
住所 〒 (-)	電話番号 〈自宅〉 〈携帯〉
職業	メールアドレス

本日はいかがなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> インプラント治療希望 <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 審美治療希望 <input type="checkbox"/> 前に治療したところが壊れ、 <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> その他()										
どの部分が痛みますか？	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右 上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">上 前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左 上</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 歯</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 顎 (あご)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右 下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">下 前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左 下</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 歯肉</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>	右 上	上 前	左 上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 顎 (あご)	右 下	下 前	左 下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> その他()
右 上	上 前	左 上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 顎 (あご)							
右 下	下 前	左 下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> その他()							
いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 2～3日前から <input type="checkbox"/> 1週間前から <input type="checkbox"/> その他()										
どのような痛み方ですか？	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 違和感程度 <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> しみる (冷痛・温痛・甘味痛) <input type="checkbox"/> その他()										
服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名:)										
今まで薬で副作用が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名:)										
注射による異常が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ:)										
これまでに次の病気を患ったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A ・ B ・ C) <input type="checkbox"/> 貧血										
妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 ヶ月 or 出産後 ヶ月)										
治療に関する質問	1) 自分の歯はあまり白くないと思います (はい・いいえ) (興味ある・興味ない) 2) 今まで受診した歯科医院の治療・説明でご納得されています (はい・いいえ・どちらでもない) 3) ご自身のお口の中に深い関心はありますか？ (はい・いいえ・どちらでもない) 4) ご自身のお口のケアに自信はありますか？ (はい・いいえ・どちらでもない) 5) お口の健康が全身の健康に関与することをご存知ですか？ (はい・いいえ) (興味ある・興味ない) 6) 予防歯科で歯周病と虫歯を予防できることをご存知ですか？ (はい・いいえ) (興味ある・興味ない) 7) 歯周病が全身疾患に関連していることをご存知ですか？ (はい・いいえ) (興味ある・興味ない) 8) アロマによる歯周病ケアをご存知ですか？ (はい・いいえ) (興味ある・興味ない) 9) 金属を使わない白い材料での治療を希望しますか？ (はい・いいえ) (金属アレルギーがある・金属アレルギーはない)										

※ 裏面もご記入ください。

入れ歯を入れている方にお聞きします。	1) 入れ歯が痛い・噛めない・ゆるい・違和感をかんじますか？ (はい・いいえ) 2) 入れ歯で不自由を感じることはありますか？ (はい・いいえ) 3) 入れ歯の見た目に気になることはありますか？ (はい・いいえ) 4) 将来、自分の歯が全部なくなるのではないかと不安に思うことはありますか？ (はい・いいえ)
治療の進め方についてお聞きします。	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> いま痛いところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 治療は短期間で終わらせたい <input type="checkbox"/> 説明を重視して欲しい <input type="checkbox"/> 説明はほどほどで良いので基本的にはドクターにお任せしたい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても良いので、一回の治療時間を短くして欲しい <input type="checkbox"/> 長時間、口をあいているのがつらい <input type="checkbox"/> 治療の時、声を掛けながら進めて欲しい <input type="checkbox"/> 治療の時、なるべく麻酔を使って欲しい <input type="checkbox"/> 治療費は安く抑えたい <input type="checkbox"/> 自費でもかまわないので、より良い材料で最善の治療法を提案して欲しい
生活習慣の状況をお聞きします。	・ 一日の歯磨きの回数 () 回 ・ 歯磨きの時間 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・ 習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他 () ・ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則 ・ 歯口腔清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> なし ・ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 本) <input type="checkbox"/> 過去にあり ・ 睡眠時間 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足 ・ 歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 習った事がある <input type="checkbox"/> 習った事がない ・ その他 ()
今まで受けた歯の治療で、大変だったことはどんなことですか？	
ご意見・ご要望などございましたらお聞かせください	
当院に来院された理由をお聞かせください。	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者：) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近い (自宅 ・ 職場 ・ その他) <input type="checkbox"/> ポスティングチラシを見て <input type="checkbox"/> その他 ()