

問診票

千仁会

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 ( 才)
お名前			西暦 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 (繋がりやすい)	
		ご勤務先/学校名	
当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 家・職場が近い <input type="checkbox"/> 医院の前を通って気になった <input type="checkbox"/> グループ歯科から <input type="checkbox"/> インターネット (ホームページ/EPARK/Instagram/Google マップ/その他) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて ⇒ <u>当院にかかられている方を教えてください</u> お名前 _____ (親/配偶者/子/きょうだい/親戚/友人/職場関係/その他)		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 定期健診 (歯石・着色・ヤニとり/クリーニング/むし歯・歯周病チェック) <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> 痛い(しみる/ズキズキ/かむと痛い/腫れた/ ) <input type="checkbox"/> (つめ物/かぶせ物) がとれた・欠けた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯について (新しくしたい/調整して欲しい) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------	---

診療について	<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"/> お口の中の全体を見て、自分では気づいていないところを教えて欲しい <input type="checkbox"/> 自分の歯について相談の時間を設けて欲しい
	期 間 <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい ⇒理由もお聞かせください ( )

歯科矯正について	歯並び矯正⇒期間 ( ) クリニック名 ( )
----------	-------------------------

現在の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒診断名： かかっている病院：
-------	---

薬について	<input type="checkbox"/> お薬手帳 or アプリ <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

今までの病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他
--------	--

全身健康診断	<input type="checkbox"/> 定期的に受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
--------	--

アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒薬・食品など ( )
-------	--

女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヲ月、予定日： 月 日) <input type="checkbox"/> 授乳中
-------	--

喫煙習慣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり
------	--

今までの歯科治療経験等を含め、伝えておきたいことがございましたらご記入ください

裏面に続きます

# スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. 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すか？

はい いいえ その理由は？ \_\_\_\_\_

2. あなたはご自分の口もとが気になりますか？ はい いいえ

3. くち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

4. 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

5. 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

6. 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ①耐久性：装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長持ちすること
- ②再発リスク：治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること
- ③審美性：自然に美しく見えること
- ④機能性：天然歯のように、できるだけ違和感なく噛めること
- ⑤安全性：金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること

①～⑤の中で重要な順で並べて下さい。

( )→( )→( )→( )→( )

6. 歯列矯正に興味がありますか？ ある ない

7. 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