

NO, _____

***印の部分は必ずご記入下さい**

*フリガナ		*性別	*生年月日			*年齢
*氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日
*現住所	〒				*携帯番号	_____
					*電話番号	_____
ご職業						

当クリニックでは、あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせて頂きたいと考えております。つきましては、次の事項にできるだけ詳しく○を付けてお答え下さい。

I 来院の理由をお聞かせ下さい。

II どのような治療をご希望ですか？

- 1、歯が痛い (_____ 日前から)
- 2、虫歯がある
- 3、歯ぐきが痛い (_____ 日前から)
- 4、歯ぐきが腫れた (_____ 日前から)
- 5、口臭が気になる
- 6、咬み合わせが気になる
- 7、入れ歯の調子が悪い
- 8、つめものが取れた
- 9、歯の見た目が気になる
- 10、歯石をとりたい
- 11、その他 (_____)

- 1、今、痛んでいる所だけを治したい
- 2、この機会に悪い所は全て治したい
- 3、保険の範囲で治したい
- 4、なるべく保険で、保険のきかない所は自費でもかまわない
- 5、保険の範囲外でも最も良い材料と方法で治したい
- 6、多少時間が長くても、一度に多くの治療をして欲しい
- 7、一回の治療時間を短くして欲しい
- 8、相談して決めたい
- 9、よくわからない

III 今までにかかったことはありますか？

- 1、心臓病 2、高血圧 3、糖尿病 4、肝臓病 5、ウイルス性肝炎 6、腎臓病 7、ぜんそく
- 8、血液の病気 9、てんかん 10、甲状腺の病気 11、蓄膿症 12、その他 (_____)


IV 当院をなにでお知りになりましたか？

- ホームページ ご紹介 (_____ 様) 看板 その他 (_____)

2 ページ目もご記入下さい

V下記の質問に、お答え下さい。

- *歯科治療を行った事が、過去にありますか？ はい いいえ
- <歯科治療を行った事がある方は、A～Dにお答え下さい>
- A麻酔を注射して、歯の治療をした事がありますか？ はい いいえ
- B治療をして気分が悪くなった事がありますか？ はい いいえ
- C歯を抜いた事がありますか？ はい いいえ
- D歯を抜いた時、血がとまりにくかった事がありますか？ はい いいえ
- *食べ物や薬なので体質に合わないものはありますか？ はい(薬) いいえ
(例 じんましん アレルギー 等)
- *現在、治療中の病気、又は持病の様なものはありますか？はい(病名) いいえ
- *通院中の病院はありますか？ はい いいえ
はいとお答え頂いた方のみ _____ 医院・病院 先生
- *現在、内服しているお薬はありますか？ はい(薬) いいえ
- *現在、喫煙はされていますか？ はい(一日 本) いいえ
- *一日に行う歯ブラシの回数は何回ですか？ _____ 回
- *歯ブラシを行う際に使用しているものを教えてください
歯ブラシ ・ 糸ようじ ・ 歯間ブラシ ・ 電動歯ブラシ
口腔内洗浄器(ウォーターピック)
- 女性の患者様のみお答え下さい
- *現在、妊娠している可能性はありますか？ はい(週目) いいえ

VI今まで受けられた歯科治療で以下に書いてある経験をされた方は、印をつけてください。

- とても痛い思い、もしくは怖い思いをした事がある
- 先生や女性の従業員が、不親切で嫌な感じがした
- 時間の都合が、医院の都合と折り合わず通院の苦勞した
- 待ち時間が長かった 治療した歯がすぐにだめになった
- 治療費が高すぎると思った 相談にのってくれなかった