

かつらやま歯科医院問診表

この度は、当院に御来院下さり、誠にありがとうございます。私たちは、歯は快適な生活を送るためにとても重要であると考えています。また、御来院された全ての患者様に最高の治療法を御提示させて頂きたいと考えております。そのためにあなた様の現在の口腔内の状態、ご健康状態を詳しくお伺いさせていただきます。記入項目が多いですができるだけ詳しく御記入下さい。
該当する口に 、○、()、___等に御記入御願います。

NO. _____

フリ ガナ

氏名 _____ (男・女) 血液型 A B O AB (RH+ RH-)

住所 〒 _____

職業 接客業 事務職 営業職
教師 医療関係
工事関係 ドライバー
主婦 学生 その他

生年月日(大、昭、平) 年 月 日 (才)

自宅 TEL () 携帯 TEL ()

<当院におみえになったのは> (当てはまる口に印をお付けください)

- 1 知人・家族の紹介 (御紹介者名 _____ 様)
2 他の医療機関からの紹介：病院・診療所名 (_____)
 * 紹介でいらした患者様は、当院のどこが良いと聞いていらっしゃいましたか？
治療技術 院長、スタッフの対応 よく説明してくれる

3 タウンページ 4 電柱広告をみて 5 院前を歩いて 6 インターネットをみて

6の「インターネットをみて」に印をつけていただいた方にご質問です。(分かる範囲でお答えください)

- * どのような検索キーワードで検索されましたか？ _____
 (「千葉市緑区歯医者」「歯周病緑区」など)
 * どのようなサイトをご覧になりましたか？ (□コミサイトなど) _____
 * 当院のHPはご覧になりましたか？ (○で囲んでください) YES NO

<どうなさいましたか>

- 歯が痛い むし歯の治療をしたい 歯石をとりたい 歯ぐき気になる
 入れ歯を入れたい 口臭が気になる その他 (_____)
 *上記の症状について詳しく御記入下さい。

<今までの歯科治療で不満や、嫌だった事、などありましたら御記入下さい>

<現在の健康状態は> 良好 不良 妊娠(_____ ヶ月) 授乳中<血圧はどうですか> 正常 高い 低い 最近の血圧測定値 (_____ / _____)<体 質 について> アレルギー体質(原因: _____)使えない薬 (_____)

スマイルチェックシート

●口元の美しさは、顔全体の印象に大きな影響を及ぼします。口元を美しく保つことによって、自然な美しさを保つことができます。当てはまるものに○をおつけください。

- あなたはご自分の口もとが気になりますか？
 - ・はい
 - ・いいえ
- 口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
- 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
- あなたは次のどのことが気になりますか？（当てはまるものすべてお選びください）
 - ・歯の色
 - ・歯の形
 - ・歯のすき間
 - ・歯並び
 - ・被せた物の色
 - ・被せた物の形
 - ・義歯の不具合
- 口もとの悩みが解決されたら、どのようなことをしたいですか？
 - ・しっかり噛める様になりたい
 - ・口もとを気にせず、思いきり笑えるようになりたい
 - ・自分の好きな物を食べられるようになりたい
 - ・口もとを気にせず人前で話したい
 - ・その他（ ）

●歯の詰め物、被せ物を選ぶことは、その後の全身の健康、生活の質にまで大きな影響を及ぼします。

- 歯の詰め物、被せ物を選ぶ際に重要視するのはどの点ですか？（当てはまるもの全てお選びください）
 - ・健康面、機能性（むし歯の再発リスク、噛み合わせなど）
 - ・耐久性（長持ちするかどうか）
 - ・審美性、見た目（自然な白さ・美しさか、変色しないかどうか）

全身の健康について

この1年間に、原因がはっきりしない身体の症状に苦しんだことはありますか？以下の中から当てはまるものには「はい」に、それ以外は「いいえ」の箇所におをつけてください。全身の健康状態を把握したうえで、歯科治療を行います。（けがや風邪などによる頭痛のように原因がはっきりしているものは含みません。）

	はい（今も続く）	はい（今はない）	いいえ
1. 頭痛			
2. 心臓の動悸			
3. 胃の不快感			
4. 胃やお腹の張り			
5. 背中痛み			
6. めまい			
7. 頭が重い			
8. 口の渇き			
9. いつも疲れている			
10 腕や足の痛み			
11 よく眠れない			
12 不快なしびれ			
13 その他			

●上記の健康状態に関して、受診した医療機関などはありますか？（当てはまるもの全てお選びください）

1. 精神科・神経科
2. 心療内科
3. その他の診療科（内科・外科など）
4. マッサージ・指圧
5. 臨床心理士・心理カウンセラー
6. 鍼・灸
7. その他（ ）
8. 受診していない

●上記の健康状態に関して、この1年間に、仕事や日常生活に支障が出ましたか？

1. はい
2. いいえ

<生活習慣問診表>

虫歯や歯周病の発生は生活習慣に影響されます。治療の参考に致しますので以下の質問にお答え下さい。*質問の答えには、○または◎、記入をお願いします>

<家族構成（一緒に住んでいる人に○をして下さい）について>

本人のみ・父・母・夫・妻・祖父・祖母・兄弟（ 人）・姉妹（ 人）・子供（ 人）
その他（

<食事について>

① 毎日3回食事をしていますか？ はい 朝食抜き 2食 3食以上

② 食べ物をよく噛んで食べることをできますか？

はい いいえ(なぜよく噛めませんか？)

<間食について>

① 間食はしますか？ する・しない

② (間食する方のみ) 間食にどのようなものを摂りますか？ ()

③ よく飲むものはなんですか？ ()

<歯磨きについて>

① いつ歯磨きをしますか？

朝(起きた後すぐ・朝食後・磨かない・) 昼(昼食後・磨かない) 夜(夕食後・寝る前・磨かない)

② 歯磨きペーストは使っていますか？

使っている (商品名:)

使っていない

<悪習癖：悪い癖について>

① 次のような癖はありますか？

ある (歯ぎしり・食いしばり・指しゃぶり・つめを噛む・唇を噛む・その他:)

ない

<当院へのご要望があれば、ご自由にお書きください>