

## かつらやま歯科医院問診表

スタッフチェック欄: <input type="checkbox"/> 治療の流れ	<input type="checkbox"/> 口内環境検査費用	<input type="checkbox"/> キャンセルポリシー
---	-----------------------------------	------------------------------------

NO. \_\_\_\_\_ (医院記入)      ご記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリ ガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)      血液型 A B O AB(RH+ RH-)

住所 〒 \_\_\_\_\_

- ・生年月日(大、昭、平、令)      年      月      日(      才)
- ・自宅TEL(      )      携帯TEL(      )
- ・家族構成について(一緒に住んでいるに方○をして下さい)  
 本人のみ・父・母・夫・妻・祖父・祖母・兄弟(      人)・姉妹(      人)・子供(      人)  
 その他(      )
- ・職業      接客業      事務職      営業職      教師  
医療関係(医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・介護士・放射線技師・その他)  
工事関係      ドライバー      主婦      学生  
その他(具体的なご職業:      )

<当院におみえになったのは>(当てはまる□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院前を通過      4インターネットをみて

4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

<本日の症状>

- 歯が痛い       むし歯の治療をしたい       歯石をとりたい       歯ぐきが気になる
- 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 (      )

<歯科治療で麻酔の注射をしたことがありますか>

はい→その時 異常なし 麻酔が効きにくかった  
いいえ その他症状( )

<歯を抜いた時なにか異常は、ありましたか>

歯を抜いたことがない  
異常なし 出血 貧血 その他( )

<今までにかかった病気、現在治療中の病気は、ありますか>

心臓病(高血圧、心筋梗塞、不整脈) 肝炎(B型、C型、他) HIV(エイズ)ぜんそく  
糖尿病 結核 腎臓病 胃潰瘍 ちくのう症 その他( )

<現在内科や他科の医院に通院していますか>

はい(医院名 ) いいえ

<現在薬を服用していますか>

はい(薬名 ) いいえ

<たばこを吸いますか>

はい(一日 本) いいえ

<前回歯科医院にかかったのは、いつごろですか>

( )週間前  ( )カ月前  ( )年前

当院でない場合は治療の参考にいたしますので歯科医院名をお書きください  
 歯科医院

**\*初診の方全員にデンタルドック(歯科総合精密検査)をお受けいただいております**

当院は、デンタルドック(歯科総合精密検査)をもとにした歯科治療を行っております。痛みや詰め物とれたなど気になる所がある場合、本日はまず緊急処置をして、出来る限り痛みや気になる所の緩和を行います。

2回目以降、デンタルドックを行い、その後、検査結果説明とオーダーメイドの治療・予防プランをご提案します。

当院は、皆様のお口全体の健康を保つことに貢献したいと考えております。お口全体の健康を保つことは、全身の健康維持につながるからです。

この方針のもと、スタッフ一同全力で治療を行っておりますので、デンタルドックへのご理解、ご協力をお願いいたします。

※当院では、自分のお口の中の状態を知っていただくためにお口の中の記録(口腔内写真)を撮影いたします。この記録は、患者さん本人にお口の中の状態を理解してもらうのはもちろんのこと、スタッフの研修や院外の勉強会に使用することがありますが個人の特定は出来ないようにいたします。ご理解のほど宜しくお願いします。ご理解いただきましたら下記にご署名お願いいたします。

同意署名: \_\_\_\_\_

# スマイルチェックシート

●当院はお口元に関するお悩み、「将来はこうなりたい！」という未来像をお尋ねして、あなたに合ったオーダーメイドの治療プランをご提案いたします。そのため以下の質問にお答えください。

1. あなたはご自分の口もとが気になりますか？  
・はい ・いいえ
2. いつ頃から気になりはじめましたか？  
・少し前から ・数年前から ・子供の頃から
3. 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 ・歯並び ・被せた物の色 ・被せた物の形 ・義歯の不具合
4. 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？  
・しっかり噛めるようになりたい ・口もとを気にせず、思いきり話し、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 ・
5. 今回デンタルドックを受け、全体的な治療をしようと思われたのはどうしてですか？  
・痛みや腫れたりしている所を治したいから ・今後、虫歯や歯周病に悩みたくないから  
・歯を失うことなく、いつまでも自分の歯で噛んで、食事を楽しみたいから  
・歯をキレイにすることで、人前で恥ずかしくなく、また見た目も若々しくしたいから  
・お口の健康は全身の健康と関係があるので、いつまでも健康でいたいから

●歯の詰め物、被せ物を選ぶ際に**最も重視するのはどの点**ですか？またそれはなぜですか？  
・健康面(むし歯が再発しない、金属アレルギーを起こさない) ・耐久性(長持ちするかどうか)  
・審美性(見た目が自然な白さ・美しさか、変色しないかどうか)  
(理由)  
.

●今後の治療を決める際に、ご希望はありますか？**最もあてはまるものを一つ**お選びください。  
・各治療のメリット・デメリットを聞いたうえで、自分で判断したい  
・各治療を選ぶ判断基準が分からないので、医院のお勧めを教えてください  
・同じ年齢、境遇の他の人が良く選ぶ治療を教えてください

## 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？当てはまる箇所に○を付けてください。(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			

●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