

<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

<他の医療機関からの紹介状をお持ちですか>

はい(医院名) いいえ

<現在他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？>

はい(薬名 服用期間) 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**

痛みや詰め物とれたなど気になる所がある場合、本日は緊急処置ができれば行い、できる限り痛みや気になる所の緩和を行います。デンタルドックの費用は後日8800円です(大人)

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。個人の特定は出来ないようにいたしますので、ご理解のほどお願いいたします。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: _____

*その他ご要望があればご記入ください

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、ご希望はおありでしょうか？**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			
12. 不快なしびれ			

●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

◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報など)を取得することに同意しましたか？

はい

いいえ

◆「いいえ」と答えた方は以下の質問にご回答ください。

<直近1年間で健診(特定健診、高齢者健診、千葉市歯周病健診等)を受診しましたか？>

受診していない

受診した

(健診名:

いつ頃:

)

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご提供いただいた情報などは、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。