

# 予診表

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H 年 月 日生 ( 歳 )

〒 -

住所 \_\_\_\_\_ 希望される連絡先  自宅 ( )

携帯 ( )

勤務先 \_\_\_\_\_ 携帯電話 E-mail

※お約束の数日前にメールでお知らせするシステムを導入しています。日頃お使いになるアドレスをご記入下さい。

下記の項目にご記入をお願いします。

● 今日はどうなさいましたか？

歯が痛む  虫歯の治療がしたい  入れ歯を作りたい  歯の掃除がしたい  
 検査をしたい  ホワイトニング相談  インプラント相談

● どこが気になりますか？または痛みますか？

歯  歯ぐき  顎  舌  脣  
 右上奥歯  右下奥歯  上前歯  下前歯  左上奥歯  左下奥歯

● それはいつ頃からですか？

今日初めて  日前から  ずっと前から  時々

● 当院は何でお知りになりましたか？

紹介（紹介者名 様）  インターネット  広告  通りがかり  
 その他（ ）

● 最後に歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？その時は何をなさいましたか？

頃  治療  定期健診  歯の掃除  その他（ ）

● 今までの歯科治療の中で何か嫌なこと・気になることはありましたか？

痛み  説明が不足  治療期間が長い  待ち時間が長い  
 その他（ ）

● 現在服用している薬等はありますか？

ない  ある（薬品名： ）

● これまでに、薬を飲んで異常が出たことがありますか？

ない  ある（薬品名： ） 症状：（ ）

● 現在体調はいかがですか？

良好  あまり良くない  治療中  妊娠中（ ） か月 出産予定日 / （ ）

● 現在、または今までにかかった病気はありますか？

心臓  肝臓  腎臓  胃腸  糖尿病  耳鼻疾患  てんかん  
 骨粗鬆症  悪性腫瘍  大きな骨折  その他（ ）

● 血圧はいかがですか？

正常  高い（ ） /  低い（ ） /

● 特異体質やアレルギーなどはありますか？

ない  花粉症  金属アレルギー  喘息  ラテックス（ゴム）アレルギー  
 ヨード過敏症（例：イソジン、赤チンなど）  その他（ ）

● 歯科への不安、当院への期待などがございましたらお書き下さい

（ ）

ITO DENTAL OFFICE

ご協力ありがとうございました。

# 健康調査票

No.

氏名

H 年 月 日

健康状態を把握するためのアンケートです。ご協力お願い致します。

1 タバコを吸いますか?	はい 1日 本 / いいえ
2 お酒を飲みますか?	よく飲む / たまに飲む / 飲まない
3 普段食事の時は、主にどちら側の歯でかみますか?	左側 / 右側 / 両方 / わからない
4 歯の健康状態について	
①虫歯の原因をご存知ですか?	はい( ) / いいえ
②歯周病(歯槽膿漏)の原因をご存知ですか?	はい( ) / いいえ
③歯ぐきから血が出る事はありますか?	はい / いいえ
④朝起きた時など、口の中が粘るような感じはありますか?	はい / いいえ
⑤歯ぐきが腫れることはありますか?	はい / いいえ
⑥口臭が気になりますか?	はい / いいえ
⑦硬い物がしっかりと噛めますか?	はい / いいえ
⑧歯と歯の間に食べ物が詰まりやすいですか?	はい / いいえ
⑨歯並びが悪くなつたと思いますか?	はい / いいえ
⑩今までに歯石を取ってもらったことはありますか?	はい( 頃) / いいえ
⑪今までに歯周病と言われたことはありますか?	はい( 頃) / いいえ
⑫今までに歯磨きの指導を受けたことがありますか?	はい( 頃) / いいえ
⑬歯ぎしりや、食いしばる癖はありますか?	はい / いいえ / わからない
⑭口で呼吸をしていることが多いですか?	はい / いいえ / わからない
⑮イビキをかきますか?	はい / いいえ / わからない
⑯口内炎はできやすい方ですか?	はい / いいえ
⑰ご家族の中で、若くして入れ歯になった方はいますか?	はい( ) / いいえ
⑱1日にどのくらい食べたり飲んだりしますか?	1日 回くらい
⑲歯を磨くのはいつですか?	起床後 / 朝食後 / 昼食後 / 夕食後 / 就寝前
⑳糸ようじや歯間ブラシを使いますか?	はい / いいえ
5 歯の治療のご希望について	
①今現在のお口の中の問題点を全て知りたいですか?	はい / いいえ 知りたいが聞くことが怖い
②ご自分の歯で生涯過ごしたいですか?	はい / そうしたいが無理だと思う
③治療にあたり何か心配なことはありますか?	いいえ はい( )