



記入日 年 月 日

フリガナ			男女	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
お名前					
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		Email			
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話	午前・午後	時限	

当クリニック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)を取得することができます。あなたは同意されましたか？(はい・いいえ)
 当クリニックでの患者様の診療情報を取得活用する為マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。
 お手数ですが該当する箇所にチェックをつけてお答えください

1、当院を知ったきっかけは何ですか？

- 医院を直接見て(看板など)
- 知人・家族の紹介()様
- インターネット・ホームページ
- 女性の歯科医師がいるから
- その他()

3、最近歯の治療を受けたことがありますか

- ない(今日が全く初めて)
- ある(か月くらい前)(年くらい前)

2、どうなさいましたか？

治療で

詳しく教えてください

- 歯が痛い 虫歯がある
- 詰め物、かぶせ物、さし歯が取れた
- 歯茎から血が出たり、痛くなったり、腫れたりする
- 入れ歯の具合が悪い
- 歯の抜けている所を治療したい
- あごの関節が痛い
- その他()



予防で

詳しく教えてください

- 検診をしてほしい 歯石を取ってほしい
- フッ素塗布をしてほしい 口臭が気になる
- 虫歯になる原因の検査をしてほしい
(虫歯リスク診断)別途500円
- ホワイトニングをしてほしい
- その他()



4、現在のお身体の状態は？

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 他院(内科外科等)に通院している | <input type="checkbox"/> 他院(内科、外科等)に通院している
病院名: _____ | <input type="checkbox"/> 妊娠中である
(月)
出産予定日
(年 月) |
| <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいない | <input type="checkbox"/> 投薬中である
薬剤名: _____ | <input type="checkbox"/> 授乳中である |

5、過去または現在に内科的な病気はありますか？

- ない 心臓病(ペースメーカー 有・無)
- 高血圧 血液疾患
- 胃腸炎 腎臓病 糖尿病 肝臓病
- ウイルス性肝炎(A型・B型・C型)
- ぜんそく 外科的手術 輸血
- エイズなどの感染症
- その他()

6、アレルギーはありますか？

- ない
- ある 詳しく教えてください
 - 薬物アレルギー()
 - 金属アレルギー()
 - 食物アレルギー()

* 治療でとお答えの方へ、その症状はいつからですか？
 今日 ()日前から その他()

* 当院では治療からメンテナンス(予防)まで計画的に行うため歯科衛生士担当制を導入しています。
 歯科衛生士担当制を 希望する 希望しない

7、麻酔をしたことはありますか？

- ない
- ある 詳しく教えてください
 - 痛かった
 - 貧血あるいはショックを起こした
 - 効きにくかった

10、間食はしますか？

- いいえ
- はい いつ、どれくらいですか？
 - だいたい決まった時間に食べる
 - 時間を決めずだらだら食べる

8、喫煙はしますか？

- しない
- する(1日 本)

11、今後の治療について

- 悪い所は全部治したい
- 痛い所だけ治したい
- 見た目が美しい歯を希望する
- 体に負担の少ないかぶせものを希望する
- その他、ご希望がございましたら教えてください

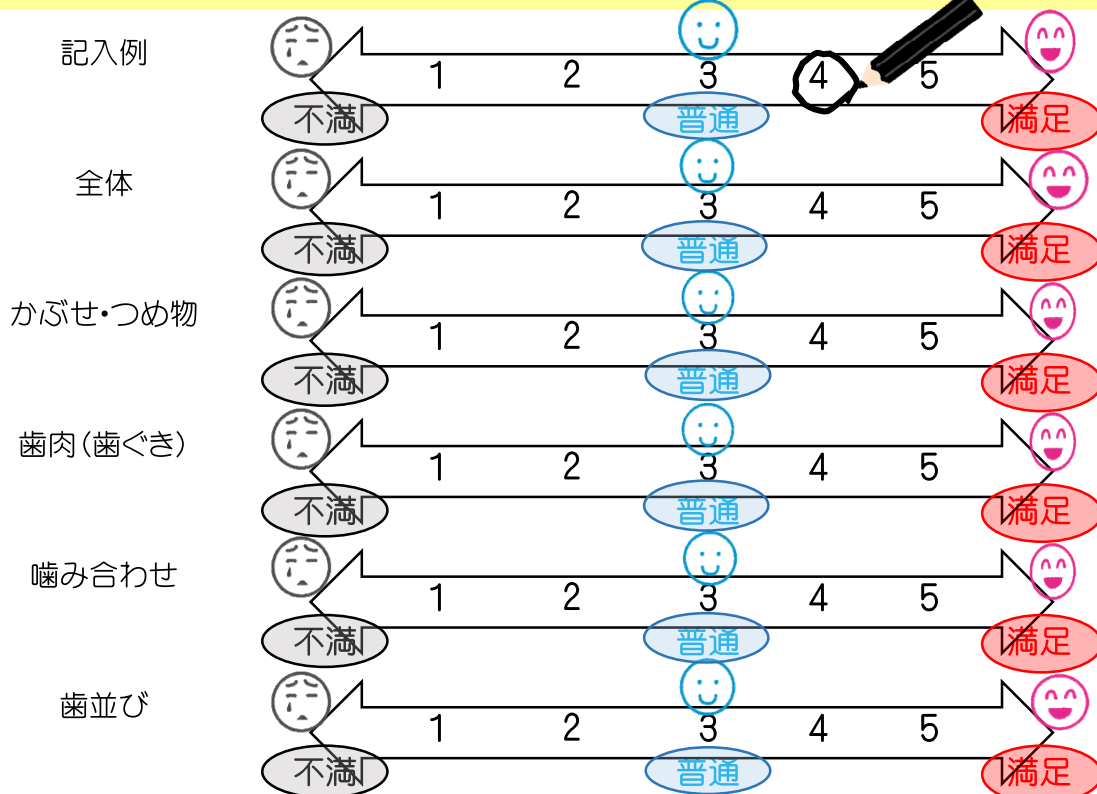
9、歯磨きについて * 当てはまる所に○をつけてください

	朝食前	朝食後	昼食後	夕食後	寝る前
歯磨き粉を使って 歯ブラシで磨く					
歯磨き粉を使わないで 歯ブラシで磨く					
フロス・歯間ブラシ・タフトなどを使う					

()



最後にあなたのお口の満足度を教えてください



ご記入ありがとうございました。

* ご提供いただいた情報などは当クリニックが医療・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。
また、この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守することを申し添えます。

よしだ歯科クリニック院長 吉田由子