予　診　表

フリガナ	性別	生 年 月 日	
氏名	男 女	大 昭 平 令　　年　　月　　日	
〒 自宅住所	自宅電話: 携帯電話:		血液型
勤務先名	TEL		A B AB O ?

お尋ね事項	
当院を何で知りましたか	▫紹介(名前　　) ▫通りがかり ▫ホームページ ▫チラシ(新聞　　) ▫タウンページ その他(　　)
今日はどうされましたか	▫歯が痛い ▫むし歯がある ▫歯茎が痛い ▫歯茎が腫れた ▫詰め物が取れた ▫入れ歯を入れたい ▫あごが痛い ▫検査をしたい ▫歯の掃除をしたい ▫歯並びが気になる ▫歯の着色が気になる ▫口臭が気になる ▫出血がある ▫ホワイトニング ▫その他(　　)
お痛みですか？	▫痛くない ▫少し痛い ▫痛い
痛いとお答えの方に質問です	▫冷たい物の時に痛い ▫温かいもののときに痛い ▫噛んだ時に痛い ▫何をしなくても痛い
現在の健康状態を教えてください	▫普通 ▫よくない(病名:　　) ▫熱がある ▫ストレスがある ▫生理中 ▫妊娠中(　　ヵ月) ▫その他(　　)
現在服用(常用)している お薬を教えてください	▫何も飲んでいない ▫市販の薬を飲んでいる(　　) ▫処方された薬を飲んでいる(　　) ※お薬を飲んでいる方は必ず、お薬手帳か現物の確認をしております。 治療をしていく上で必要になりますのでご協力ください。
血圧を教えてください	▫正常 ▫高い(薬を飲んでいる・薬を飲んでいない) ▫わからない ※麻酔の処置にい必要な情報です。
内科的な病気を教えてください	▫何もなく健康 ▫風邪をひいている ▫高血圧 ▫低血圧 ▫心臓病(心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他) ▫糖尿病 ▫腎臓病 ▫ぜん息 ▫精神的な病気 ▫鼻炎 ▫アレルギー(薬・花粉・食物・ホコリ・動物・その他　　) ▫ガン(　　) その他(　　) ※治療(特に麻酔・出血の伴う処置)の際に必ず必要な情報となります。 上記以外でも何かございましたら教えてください。 治療の際は細心の注意を払いますのでご協力お願いいたします。
歯を抜いたことはありますか	▫ない ▫ある(　　年　　月頃)
歯を抜いた時、何かありましたか	▫ない ▫ある(　　)
診療についての ご希望があれば教えてください	▫　月　日までに治療を終えて欲しい ▫一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしたい ※治療内容によっては、できないこともあります。ご了承ください。 ▫来院回数が増えても、一度の治療は少しずつにして欲しい。 ▫今回の主訴のみお願いしたい ▫極端に怖がりなので注意して欲しい。 ▫保険のきく範囲で治したい。 ▫なるべく保険で一部自費でもかまわない。 ▫最も良い材料と方法で治したい。 ▫その他(　　)
歯周病と診断されたことが ありますか	▫ある(およそ　年前) ▫ない
今まで歯ぐきから出血したことは ありますか	▫出血したことはない ▫いままでに数回 ▫年に数回 ▫1ヶ月に1回 ▫それ以上
歯周病の検査の希望されますか	▫検査を希望する ▫見た目などで歯周病の可能性があるようなら希望する ▫いかなる状態でも希望しない

歯科疾患管理

歯と口の治療管理

初回用

お名前　　年　　月　　日

○次のことについてお伺いします。（□にチェック、または該当するものに○を）

1．お口のお手入れについて
- 歯磨きをする時は　□起床後　□朝食後　□昼食後　□夕食後　□就寝前
- １回の時間は　（　　）分くらい
- 歯ブラシ以外の清掃用品は　□フロス　□歯間ブラシ　□その他（　　）

2．喫煙習慣　□なし　□あり　□過去にあり

3．睡眠時間　約（　　）時間

4．食生活習慣について
- 習慣的飲料物　□なし　□あり（　　）
- 間食の取り方　□不規則　□規則正しい　□あまりしない

5．現在治療中ですか　□いいえ　□はい
□心臓病　□肝炎　□糖尿病　□高血圧症
□その他（　　）

6．薬を飲んでいますか　□いいえ　□はい（薬名：　　）