

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年齢 歳
お名前		明・大・昭・平 年 月 日生	
ご自宅住所 (〒 -)		自宅電話 ()	
		携帯電話 . .	
		予約のお知らせ電話 (自宅・携帯)	
ご職業 (会社等も) [学生さんは学校園名]		世帯主名 [保護者名]	
通院に便利な曜日 月・火・水・木・金・土		時間帯 ()	
当医院には 1. はじめて ご紹介者があれば () 様			
2. 以前来たことがある () 年くらい前			
主治医 (かかりつけの病院・先生)		病院	先生

安全で適正な治療を行いたいので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。末廣歯科医院では、あなたの健康を保つためにお役に立ちたいと考えています。その上であなたの痛みや困っている点を改善するだけでなく、楽しく食事ができるようになり、美しい歯で素敵な笑顔を見せられるようになって頂きたいと思っています。

当てはまる項目を○で囲み、数字を記入してください。

1. 今一番お困りの点は？	A 歯が痛い B つめ物、かぶせがとれた C 歯ぐきがはれた D 入れ歯が合わない E 歯のないところに入れてほしい F 咬みにくい G 歯の色が気になる H 歯石を取りたい I 歯並びを治したい J 顎の関節がおかしい K 検診をしてほしい L その他 ()
2. どの場所ですか？	奥歯 (左・右) (上・下) 前歯 (左・右) (上・下) その他 ()
3. それはいつからですか？ そのきっかけは？	() 時間前 () 日前 () 週間前 () か月前 () 年前 (きっかけ:)
4. 痛みのある方へ どんな時に痛みますか？	A 現在も痛い B 何もしなくても C 食事中 (冷たい物 熱い物 甘い物) D 咬んだ時 (硬い物、普通の物、軟らかい物) E 歯ブラシを当てた時 F その他 ()
どのように痛みますか？	A ズキズキ痛む B しみた後に痛みが続く約()分 C しみた後すぐ治まる D 鈍い痛み E 違和感 F その他 ()
一番痛かったのは？	A 今現在 () 時間前 () 日前 () 週間前 () か月前 その他 ()
5. 当院をお知りなった理由は？ (複数回答可)	A 家族が来ている (父 母 夫 妻 祖父母 子供 兄弟) B 親類が来ている C 知人が来ている (お名前) A インターネットから [検索のキーワード] B 他の医院からの紹介 C 本や雑誌を見て [書名] D 建物を見て E 町内地図で F 職場から近い G 家から近い H かかりつけ I その他
6. 硬い物を食べた時や歯磨きの時、歯ぐきから血が出ますか？	出る・出ない・時々
7. 口の中が臭いといわれたことがありますか？	ある・ない・わからない
8. 食べ物が歯のスキマに引っかかりますか？	よく引っかかる・引っかからない
9. 知らないうちに歯肉の下で骨の破壊が起こることをご存じですか？	はい・いいえ
10. 歯の両側で物を咬みますか？	はい・右が多い・左が多い
11. 口を開け閉めする時、顎に音がしますか？	する・しない
12. 歯ぎしりや歯を食いしばる癖がありますか？	ある・ない

13. 1日に歯を磨く時間と回数は？	約 () 分 () 回	朝・昼・晩・寝る前・時々忘れる
14. どんな歯ブラシをお使いですか？	柔らかめ・固い・大きい・小さい	
15. 専門的に歯の磨き方を指導してもらったことがありますか？	ある・ない・指導してほしい	
16. 今まで歯医者にかかったことはありますか？	ない・ある	
あるの方 最後に受診したのは？	() 年前 () か月前 () 週間前 () 日前	
17. 歯の治療は怖い、痛いと思われていますか？	怖い・痛い・何とも思わない	
18. 怖かったり痛かったのはどの治療ですか？	歯を削る時・歯を抜く時・注射の時・その他 ()	
19. 定期的に歯科医院を訪れますか？	毎月・3か月に1回・半年に1回・年に1回・困った時に	
20. 口の中全体をレントゲン等で検査してもらったことがありますか？	ある・ない	
21. 歯を抜いたことがありますか？	ない・ある	
あるの方 その時、異常は？	ない・気分が悪くなった・血が止まりにくかった・麻酔が効きにくかった	
抜いたままの方・いつ頃？	() 年前 () か月前 () 週間前 () 日前	
抜いた後の処置方法を知っていますか？	知っている・知らない	
また、放置した場合の悪影響は？	知っている・知らない	
22. 悪い歯はひと思いに抜いた方がいいと思いますか？	抜きたくない・抜いても構わない	
23. 今までに 病気にかかりましたか？	A ない B ある 1 心臓病 2 () 型) 肝炎 3 高血圧 4 糖尿病 5 低血圧 6 脳梗塞 7 肝臓病 8 腎臓病(透析あり・なし) 9 結核 10 貧血 11 ちく膿症 12 HIV 13 血液疾患	
24. 体に合わない薬や アレルギーはありますか？	A ない B ある 1 抗生物質 2 ピリン系 3 痛み止め 4 ぜんそく 5 アトピー 6 花粉症 7 金属 () 8 食物 () 9 ヒノキアレルギー 10 ヨード剤 11 麻酔 12 その他 ()	
25. 現在飲んでいる薬はありますか？	A ない B ある ()	
26. あなたの健康状態は？	極めて良好・良好・普通・不調	
女性の方へ	妊娠中 () か月)・妊娠の可能性がある・していない	
27. たばこを吸われますか？	A 吸わない B 吸う (1日 本)	
28. この機会に	A 困っているところだけ治したい B 説明を受けた上で必要なところは治療したい	
29. 治療は	A 保険診療の範囲で受けたい B 保険外の方法も説明を聞いて選びたい C できるだけ、最良の方法を選択したい	
30. この機会に虫歯治療だけでなく、歯石取りや歯のクリーニングも受けたいですか？	はい・いいえ	

◆ 最後にできるだけご要望にお応えできるよう、当てはまる項目に○を付けてください(複数回答可)

A 治療期間をできるだけ短く済ませてほしい。(具体的に 月 日までに治したい。)

B 1回の治療をできるだけ短くしてほしい。 C 期間がかかっても徹底的に治療したい。

D 悪いところはすべて調べてほしい。 E 毎回治療ごとに内容について詳しく説明を受けたい。

その他のご希望があればお書きください

なお、当院では、薬で治す歯周内科治療（顕微鏡上でお口の中の細菌をモニターに映し出して見ていただきます）
 子供のための床矯正・予防矯正、かみ合わせの修正による不定愁訴の治療、ホワイトニング、特殊義歯、予防歯科、
 食事指導、アンチエイジング外来などさまざまな治療を行っています。詳しい説明をご希望される方はスタッフ
 までどうぞお聞きください。 ご協力ありがとうございました。しばらくお待ちください。