

# 予 診 表

レントゲン NO.

CT NO.

年 月 日

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T.S.H \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )  
(西暦 \_\_\_\_\_ 年)

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

ご勤務先 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

(ご勤務先) 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

日中ご連絡先： ご自宅・ご勤務先・携帯電話

ご紹介者名 \_\_\_\_\_ ご紹介歯科医院 \_\_\_\_\_

かかりつけ歯科医院 (有・無) 医院名 \_\_\_\_\_

担当歯科医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

かかりつけ病院 (有・無) 医院名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

医院名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_ 連絡先： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

・お口の中でお困りのことは何ですか？（お困りの順番にご記入下さい）

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

・歯科治療を受けるにあたり重視されることはなんですか？（優先順に番号をご記入下さい）

咀嚼機能の回復 審美的回復 治療費 治療期間 その他 ( \_\_\_\_\_ )

・歯科治療に対して何かご希望がありましたらご記入下さい

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

以下の質問にご記入下さい。

1・身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

2・定期的に血液検査（人間ドックなどの）を受けられていますか？

（はい・いいえ）はいの方：最終検査年月日\_\_\_\_\_年 月 日

3・平常時の血圧（高\_\_\_\_\_／低\_\_\_\_\_mmHg）

4・今までに輸血のご経験はありますか？（はい・いいえ）

はいの方：輸血時期は\_\_\_\_\_年 月頃

5・今までに開頭手術のご経験はありますか？（はい・いいえ）

はいの方：手術の時期は\_\_\_\_\_年 月頃（病名：\_\_\_\_\_）

6・心臓病・肝臓病・糖尿病・血液疾患・高血圧症・消化器系疾患・悪性腫瘍・脳血管疾患・B型、C型肝炎・HIV・梅毒・精神疾患と指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

はいの方：\_\_\_\_\_年 月頃（病名\_\_\_\_\_）通院（有・無）

\_\_\_\_\_年 月頃（病名\_\_\_\_\_）通院（有・無）

7・その他、長期通院、入院、手術などのご経験はありますか？（はい・いいえ）

はいの方：\_\_\_\_\_年 月頃（病名\_\_\_\_\_）通院（有・無）

\_\_\_\_\_年 月頃（病名\_\_\_\_\_）通院（有・無）

8・現在服用されているお薬はありますか？（はい・いいえ）

9・ご家族で心臓病・肝臓病・糖尿病・血液疾患・高血圧症・消化器系疾患・悪性腫瘍・脳血管疾患・B型、C型肝炎・梅毒・HIVと指摘された方はいらっしゃいますか？

はいの方：病名（\_\_\_\_\_）ご関係（\_\_\_\_\_）

10・食品でアレルギー（発疹など）はありますか？

（ある/食品名：\_\_\_\_\_・ない）

11・お薬でアレルギーはありますか？

（ある/薬品名：\_\_\_\_\_・ない）

12・歯科治療時に麻酔を受けたことはありますか？（はい・いいえ）

はいの方：麻酔後、頭痛・吐き気・めまいなどありましたか？（ある・ない）

13・飲酒はされますか？（はい・いいえ）

はいの方：（\_\_\_\_\_日/週）アルコールの種類（\_\_\_\_\_）量（\_\_\_\_\_杯・本）

14・喫煙はされますか？（はい・いいえ）

はいの方：（\_\_\_\_\_本/日）銘柄（\_\_\_\_\_）

15・女性の方へ：現在妊娠または妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）

授乳中ですか？（はい・いいえ） 最終月経日（\_\_\_\_\_月 日）閉経時期（\_\_\_\_\_歳）

## 歯磨きについての質問

- 1 日の中で歯磨きをするタイミングはいつですか？  
起床後 食後（朝・昼・夜） 就寝前 その他 \*食後約（ ）分
- 2 1回の歯磨きの時間は（ ）分くらい
- 3 歯ブラシ以外の清掃用具を使用していますか？  
電動歯ブラシ（メーカー： ） 歯間ブラシ フロス/糸ようじ  
部分磨き用歯ブラシ 舌ブラシ 義歯洗浄剤 その他（ ）
- 4 歯ブラシの種類と毛の硬さを教えてください  
（種類： ）（硬 ふつう やわらかい）  
歯磨きペーストの種類は？（種類： ）  
洗口剤を使用していますか？例：リステリン、モンダミンなど  
（はい いいえ）（種類： ）
- 5 歯ブラシはどのくらいの期間で交換されますか？  
1週間 1か月 3か月 6か月 その他（ ）
- 6 歯磨きの時、歯ぐきから出血がありますか？（はい いいえ）
- 7 お食事、間食についてお伺いします  
お食事は1日（ ）食（朝 昼 夜）  
間食は1日（ ）回くらい（規則正しい 不規則 あまりとらない）
- 9 甘いものをよく召し上がりますか？（はい いいえ）  
よく召し上がる食べ物（ ）  
ガム、グミ、キャンディーをよく召し上がりますか？（はい いいえ）
- 10 お口の中が乾きやすいですか？（はい いいえ）  
水分はこまめにとりますか？（はい いいえ）（ \_\_\_\_\_ 回 / 日）
- 11 よく飲まれる飲み物は？（複数可）  
お茶 ウーロン茶 スポーツドリンク 水 炭酸飲料 ジュース  
コーヒー（砂糖：あり/なし） 缶コーヒー（甘味料入り） 乳酸菌飲料  
紅茶 その他（ ）
- 12 マウスピースをご使用になったことはありますか？（はい いいえ 現在使用中）
- 13 歯科医院での定期的な口腔内清掃を受けていらっしゃいますか？（はい いいえ）  
（ \_\_\_\_\_ 回 / 月・ \_\_\_\_\_ 回 / 年）