

CT NO.
レントゲン NO.

予 診 票

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 医院名 _____
(有・無) 担当歯科医師名 _____ 連絡先： () —

かかりつけ病院 医院名 _____ 診療科 _____
(有・無) 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_____c m 体重_____k g
- 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・H I V・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・H I V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・お薬、食品でアレルギー（発疹など）はありますか？
（ある/薬品名：_____・ない）（ある/食品名：_____・ない）
- 11・骨粗鬆症の注射治療または投薬治療を受けたことがありますか？
（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 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