

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

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・心臓病・肝臓病・腎臓病・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・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）

5・B型、C型肝炎・HIV・梅毒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）

6・ご家族で、上記（4・5）の病名を指摘された方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

はいの方：病名（_____）ご関係（_____）

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？（点眼薬・貼り薬・軟膏等、含む）（はい・いいえ）

9・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）

10・骨粗鬆症の治療を受けたことがありますか？（ある/薬品名：_____・ない）

11・緑内障と指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

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？（はい・いいえ）

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）

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）
- 8 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）
- 9 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）
- 10 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（ ）
- 11 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）
- 12 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）