

記入日

年 月 日

No.

おふりがな お名前	男 女	生年月日 明大昭平	(歳) 年 月 日
ご住所 〒		携帯番号 (お持ちでない方は ご自宅の電話番号をご記入ください)	()
ご職業／ご勤務先			

どうなさいましたか

- 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他)
 口臭が気になる 歯ぐきから血が出る 口の中にできものがある アゴが痛い 検診
 入れ歯が合わない／入れ歯を作りたい 歯の清掃 つめものが取れた
 その他 ()

当院をお知りになった理由は

- 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名:)
 看板を見て インターネット検索(ホームページ) その他 ()

前回歯科治療を受けられたのは

■ 年 月頃

その時の感想は

- 痛かった 痛くなかった 怖かった 優しかった 通院が大変 便利だった
 説明してくれなかった よく理解できた その他 ()

診療についてご希望があれば

- 痛いところ、困っているところだけを治してほしい
 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい
 月 日までに治療を終えてほしい
 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
 その他 ()

予約についてご希望があれば

■ 来院できる日時 月 火 水 金 土 / 午前 午後

現在の健康状態は

良好 普通 不良 ※女性の方のみ 妊娠中 (月)

今までにかかった病気は

- 特になし 糖尿病 心臓病 高血圧 低血圧 腎臓病 肝臓病 結核 肝炎
 その他 ()

次のようなことがありますか

- 薬アレルギー(薬品名:) 湿疹が出やすい 喘息がある 装飾品でかぶれる
 口内炎にかかりやすい 花粉症である 薬を飲むと胃が悪くなる 風邪を引きやすい
 傷が化膿しやすい 下痢しやすい 血が止まりにくい

現在飲んでいる薬はありますか

飲んでいない ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬 糖尿病の薬 その他

次の経験はありますか

■ 麻酔 ある ない ■ 抜歯 ある ない

ウラに続きます

スマイル・チェックシート

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい いいえ

現在の歯の本数は_____本だと思う

2. あなたは 80 歳の時に、何本歯を残したいですか？

私は 80 歳の時に_____本歯を残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいとおもわれますか？

はい いいえ

その理由は？_____

4. あなたはご自分の口元が気になりますか？

はい いいえ

5. 口元が気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて 鏡を見て

雑誌を読んで その他

6. いつ頃から気になり始めましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から その他

7. あなたは次のどの事が気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石 歯ぐきが赤い はれている

時々出血する その他

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び かぶせたものの形

かぶせたものの色 歯ぐきの色 歯ぐきの形