

# きのした歯科問診表

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_

TEL (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

携帯メールアドレス(予約事前メールご希望の方)

@ \_\_\_\_\_

数ある歯科医院の中から当医院をお選びになった理由は？													
どのように当院をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 院前看板や建物を見て <input type="checkbox"/> 当院ホームページを見て <input type="checkbox"/> コミ (どのような ) <input type="checkbox"/> ご家族が来院している (お名前 ) <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者名 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )												
今日はどうなさいましたか (何をご希望ですか)													
場所はどこですか	<table border="1"> <tr> <td>左上</td> <td>上前</td> <td>右上</td> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 歯肉</td> <td><input type="checkbox"/> 顎</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>下前</td> <td>右下</td> <td><input type="checkbox"/> 唇</td> <td><input type="checkbox"/> 舌</td> <td><input type="checkbox"/> 頬</td> </tr> </table>	左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 顎	左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 頬
左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 顎								
左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 頬								
いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日突然 <input type="checkbox"/> ____日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々												
今は	<input type="checkbox"/> おちついている <input type="checkbox"/> 軽い症状がある <input type="checkbox"/> 症状強い												
痛む場合、痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーンと痛い <input type="checkbox"/> 違和感程度 <input type="checkbox"/> 痛んだりやんだり <input type="checkbox"/> かみ合わせると痛い												
しみますか	<input type="checkbox"/> しみない <input type="checkbox"/> 冷たいもので <input type="checkbox"/> 熱いもので												
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 最近抜いたのは ____年 ____か月前												
歯を抜いたとき異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た												
薬の副作用はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる 薬の名前 ( )												
麻酔をしたとき異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 胸が苦しくなった <input type="checkbox"/> その他 ( )												
特異体質やアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出る <input type="checkbox"/> ぜんそくがある 何に対して ( )												
内科的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 以前あった → <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 薬の名前 ( )												
その他特別なことはありますか	<input type="checkbox"/> 妊娠 ____カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今気になっている所だけなおしたい												
その他治療に関してのご希望があればご記入ください													

※裏面もありますのでご記入ください

# 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歳のときに、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思われませんか？

はい いいえ

その理由は？\_\_\_\_\_

4. あなたはご自分の口もとが気になりますか？

はい いいえ

5. 口もと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

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

7. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石

歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間

歯並び

かぶせたものの色 かぶせたものの形

歯ぐきの色 歯ぐきの形

8. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない