

お口の健康調査票

当院では、貴方のお口の中のお悩みを解決するために、最善の診療を行いたいと思いますので、次の質問にできる限り正確にお答えください。この調査事項は、医学上の事柄ですので、秘密を守ることを申し添えます。

本日の日付： 令和 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	西暦	年	月	日
お名前		年齢		性別	男・女・どちらでもない	
ご住所	〒 -	電話番号				
		携帯電話				
ご職業		ご勤務先				
ご家族構成 (一緒に住んでいるご家族を記載してください)						
1. 本日はどうなさいましたか (具体的に記載してください)						
2. 症状がある場所はどこですか	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()					
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・その他 ()					
4. ご希望の治療方法(複数選択可)	・ 悪い所を全部治し、健康になりたい ・ とりあえず痛い所だけ治したい ・ 転勤や引っ越しなどで希望日 () までに治療を終わらせたい ・ 保険の適用範囲で治療したい ・ 保険自費関わらず最善の治療を受けたい ・ その他 ()					
5. その他、気になる事があれば チェックしてください(複数選択可)	・ 歯がいたい ・ しみる ・ つめもの/被せ物が取れた (取れた物はお持ちですか? はい/いいえ) ・ 入れ歯を作りたい ・ 顎の調子が悪い ・ 歯の見た目が気になる ・ 歯並びが気になる ・ 歯ぐきの治療をしたい ・ 口腔内の掃除をしてほしい ・ ホワイトニングをしたい ・ 歯のクリーニングをしてほしい ・ インプラントについて相談したい ・ 口臭が気になる ・ その他 ()					

裏に続きます

6. 以前、他の歯科医院で治療されたことはありますか	あり（歯科医院名： ） （やめた理由： ） なし
7. 来院となったきっかけは何ですか	・紹介者あり（ ）様 ・ホームページ ・Google MAP ・SNS ・ブログ ・その他ネット検索 ・地理的に便利 ・看板／建物を見て
8. 局所麻酔（歯の注射）で気分が悪くなったことはありますか	・なし ・あり（具体的な場所： ）
9. 最近いつ歯石をとられましたか	・なし ・あり（いつごろ： ）
10. 将来自分の歯で過ごしたいですか、入れ歯でもよいですか	・自分の歯で過ごしたい ・入れ歯でもよい ・入れ歯は絶対に嫌なので、他の治療法を検討したい ・インプラントも検討したい
11. 現在の健康状態について	・良い ・普通 ・悪い（具体的な症状： ）
12. 病気の経験について 現在または過去に経験したものを チェックしてください(複数選択可)	・高血圧(最高 /最低 mmHg) ・糖尿病(血糖値 mg/dL) ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・A型/B型/C型肝炎 ・血液疾患 ・甲状腺の病気 ・貧血 ・てんかん ・喘息 ・その他（ ）
13. 現在お薬を飲んでいますか	・なし ・あり（薬名： ）
15. 現在通院中のお医者さんは ありますか	・なし ・あり（医療機関： ）
16. 薬の副作用やアレルギーの有無	・なし ・あり（薬名と症状： ）
17. 妊娠の有無（※女性の方）	・なし ・あり（妊娠 カ月） ・可能性あり（未確認）
18. その他 何か質問事項やご希望が ございましたら、ご記入ください	

ご協力ありがとうございました。お知らせ頂きました資料を十分に考慮し、最善の治療をしてまいります。