

けんと歯科 予診表

記入日： 年 月 日

ふりがな	生年月日	
氏名	年 月 日 (歳)	
(ご紹介者：)	未婚 ・ 既婚	
住所 〒	自宅電話	
	携帯電話	
勤務先名	職業	
勤務先 住所	勤務先 電話	

以下、該当する項目に、✓をお付けください

① 来院の主たる理由を教えてください(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯(または歯ぐき)が痛い | <input type="checkbox"/> 歯がしみる | <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた |
| <input type="checkbox"/> 歯周病をなおしたい | <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい | <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい |
| <input type="checkbox"/> 噛み合わせをなおしたい | <input type="checkbox"/> 精密検査、定期検診をしたい | |

② お口の中で気になっていることがあれば教えてください(複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 歯の黄ばみが気になる | <input type="checkbox"/> 部分的に色むらや・縞模様がある |
| <input type="checkbox"/> 差し歯・詰めた歯・かぶせた歯の色が合っていない | <input type="checkbox"/> 茶渋やや二が気になる |
| <input type="checkbox"/> 磨きにくい所があり、汚れがたまりやすい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが下がってきたのが気になる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの黒ずみが気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯の間にモノが挟まる | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 |

②-1 上記はいつ頃から気になり始めましたか? ②-2 上記は特にどんなときに気になりますか?

①が解決した後、改めて②の気になっていることについて、お話を伺いいたします

y	n
---	---

③ 歯の治療について

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 平気 | <input type="checkbox"/> 痛い目にあった | <input type="checkbox"/> 怖い | <input type="checkbox"/> 懲りている |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

④ 今まで歯の治療をした時

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛かった | <input type="checkbox"/> においが嫌だった | <input type="checkbox"/> 音が嫌だった | <input type="checkbox"/> 我慢した |
| <input type="checkbox"/> 平気だった | <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】 | | |

⑤ 喫煙はされますか

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> はい (_____ 年前から、1日に _____ 本) | <input type="checkbox"/> いいえ (喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) |
|---|---|

◎裏面に続きます

⑥ 全身の健康状態について教えてください

- 特に異常はない 血圧が（高い・低い）（ /mmHg）
 心臓が悪い 貧血を起こしやすい 血が止まりにくい
 麻酔がききにくい 止血しにくい
 妊娠中（ ヶ月）（出産予定日： 月 日） 授乳中
 薬に対してアレルギーがある（薬の名前： ）
 現在、薬を飲んでいる（薬の名前： ）（薬の種類： ）
 現在、他科の病院にかかっている（病院名： ）（病名： ）
 義歯（入れ歯）を装着している
 最終歯科治療日（ 年 月）（ 年 ヶ月前）

⑦ 過去の病気について教えてください

- ない
 血液病（白血病・その他） 心臓病（心筋梗塞・狭心症） 高血圧・低血圧
 糖尿病（1型・2型） 腎臓病 肝炎（A型・B型・C型・その他）
 関節炎 リウマチ アデノイド
 蓄膿症 喘息 流行性耳下腺炎
 てんかん 甲状腺の病気 脳卒中
 その他【 】

⑧ 手術の経験はありますか

ない ある（病名： ） 輸血の経験（ある・ない）（ 年 月頃）

⑨ 薬の使用について教えてください

- 麻酔薬 ピリン系風邪薬 抗生物質
 ステロイド剤 歯科麻酔で気分が悪くなった
 その時、副作用がありましたか ない あった（薬品名： ）

⑩ 当医院を何でお知りになりましたか

- PC ホームページ スマホ ホームページ Facebook
 口コミサイト フリーペーパー 知人の紹介
 建物、看板をみて チラシ その他（ ）

⑪ 当医院をお選びいただいたポイントを教えてください

- （自宅・職場・学校）から通しやすい 評判
 紹介されたので安心だと思った その他（ ）

⑫ その他に特に承っておくことがありましたら、お聞かせください

例：通院しやすい曜日、時間帯など

ご協力ありがとうございました。