

初診の方はご来院された理由をお聞かせください。

記入日： 年 月 日現在

氏名：	男・女	明大昭平	年	月	日	歳
〒	—	自宅番号：				
住所：	携帯番号：					

* 以下は診療上必要な健康状態を知るための質問です、あてはまるものにチェック印あるいは詳細に記入してください。
* 個人情報保護法の観点から当該資料に含まれます患者様のプライバシーは厳守させていただきます。

① 今回どのような理由で来院されましたか

- 定期健診
- 症状がある

症状のある部位	<input type="checkbox"/> 上あご	<input type="checkbox"/> 下あご	<input type="checkbox"/> 右側	<input type="checkbox"/> 左側
<input type="checkbox"/> 歯	<input type="radio"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="radio"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 顎が痛い・音がする
	<input type="radio"/> とれた		<input type="radio"/> はれた	<input type="checkbox"/> 口の中に何かできた
	<input type="radio"/> しみる		<input type="radio"/> 血が出る	<input type="checkbox"/> 親知らずが気になる
	<input type="radio"/> ぶつけた	<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="radio"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる
	<input type="radio"/> ぐらつく		<input type="radio"/> 合わない	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる
	<input type="radio"/> はえてきた		<input type="radio"/> 壊れた	<input type="checkbox"/> ホワイトニング
	<input type="radio"/> 汚れている		<input type="radio"/> 新規作製	<input type="checkbox"/> 食べ物の飲み込み

その他 (具体的に)

② 今現在あるいは過去に医師の治療を受けていますか

- いない
- いる
 - 脳神経・血管 脳出血 脳梗塞 てんかん (他)
 - 呼吸器 ぜんそく 慢性肺疾患
 - 循環器 高血圧 不整脈 心不全 虚血性心疾患
 - 消化器 胃潰瘍 逆流性食道炎
 - 内分泌 糖尿病 透析 甲状腺 前立腺 子宮・卵巣
 - 整形外科 リウマチ 骨粗鬆症 ヘルニア (他)
 - 感染症 B型・C型肝炎 HIV (他)
 - 悪性腫瘍 部位： stage：
 - その他の疾患 / 過去の手術・輸血について：

➡ かかりつけ医の医院名・担当医名をお知らせください

➡ 現在飲まれている薬剤があればお知らせください

裏面にもご記入いただく場所がございます、ご確認ください。

↓ こちらもご記入ください。

③ これまでの歯科治療の経緯について

- ・ 以前に歯科治療を受けたことはありますか なし 当院にて 他院にて
- ・ いつ頃ですか 年前 ヶ月前 わからない
- 完治した 途中で中断 (理由: _____)
- 歯磨きはいつ頃されていますか(複数回答可) 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
- 歯磨きの1回の時間はどれぐらいですか _____ 分くらい
- 歯ブラシ以外の清掃用品はお使いですか なし フロス 歯間ブラシ 他 _____
- 喫煙習慣はありますか なし ある (_____ /日) 過去にある
- 平均的な睡眠時間をお知らせください 約 _____ 時間程度
- よく飲まれる飲料についてお知らせください なし ある (_____)
- 間食の取り方をお知らせください 不規則 規則ある あまりしない

- ・ 頻繁に鼻づまりを感じたり、口で呼吸したりすることはありますか ある ない
- ・ 歯ぎしりやくいしばりを自覚あるいは指摘されたことはありますか ある ない
- ・ 歯並びについて指摘を受けたことはありますか ある ない
- ・ 抜歯や手術をしたことはありますか ある ない
- ・ 局所麻酔で気分が悪くなったりしたことはありますか ある ない
- (どのような症状が起きたか記入してください: _____)
- ・ 抗生物質や鎮痛剤を服用して状態が悪くなったことはありますか ある ない
- (ある場合は薬剤名を記入してください: _____)
- ・ 出血が止まりづらかったり、キズの治りが悪かったことはありますか ある ない
- ・ 食べ物を飲み込みにくと感じたり、ムセたりすることはありますか ある ない

- ・ 女性の方のみ
 - 現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性がある (_____ 週目)
 - 現在授乳中である (_____ カ月目)

④ 治療内容の希望について

- 今回の受診でわかった悪い箇所はすべて治したい より良い材料であれば保険外も構わない
- 今回の症状がある部分だけを治したい 保険の範囲内で治したい
- 今回の症状がある部分だけを治したい より良い材料であれば保険外も構わない
- 今回の症状がある部分だけを治したい 保険の範囲内で治したい

⑤ 当クリニックを受診された理由

- 近いから → 車で通院できるから 徒歩で通院している
- 看板や建物から
- インターネット上でホームページを知って
- 家族・友人・同僚からの薦めで (お名前: _____)

ご記入いただきありがとうございました、以上で質問は終了となります。

診療やその他に関するご希望は歯科医師、またはスタッフまでお気軽にご相談ください。

あずま歯科クリニック 東 裕智