

# 予 診 表

アルファ歯科クリニック

フリガナ		男	生年月日	(満	歳)
お名前		女	明・大・昭・平・令	年	月 日
ご住所	〒				
	電話番号			携帯番号	
勤務先			E-mail		
	☎		アドレス		

※今後、予約確認のご連絡を行う予定ですので、E-mailのご記入もお願いします(携帯メール含む)。

当院をお知りになった理由は？	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名: ) <input type="checkbox"/> 院前を通して <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名 ) <input type="checkbox"/> その他
どうなさいましたか どこがお痛みですか  左上 上前 右上 左下 下前 右下	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯がこわれた/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯治療をしたい <input type="checkbox"/> 親知らずを抜いてほしい <input type="checkbox"/> 顎が気になる <input type="checkbox"/> その他( )
いつからですか 痛み方は	<input type="checkbox"/> 痛みなし <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> なんとなく痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中( カ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c ) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃が弱い <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他( ) ※高血圧の方⇒ 最高: 最低:
現在服用中の薬が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 ) (薬品名 )
現在タバコを	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日約 本)
アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ペニシリン系、ピリン系、麻酔、ぜんそく、花粉症、金属、ラテックス、その他 )
麻酔の注射をしたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
以前に歯をぬいたことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で( 年前)(治療内容 ) <input type="checkbox"/> 他院で( 年前)(治療内容 )
診療について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えて欲しい <input type="checkbox"/> 極端に”こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> その他( )
治療内容について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> すべて保険内の治療を希望 <input type="checkbox"/> 最適な治療の説明は聞きたい
唾液検査について ご希望があれば	唾液検査(5分程度)であなたのお口の中の健康状態がわかり、一人ひとり異なる虫歯の原因や、予防方法を提案できます。(費用:1,000円) <input type="checkbox"/> 受けたい <input type="checkbox"/> 受けたくない
予約についての ご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
前日に予約確認の連絡を差し上げてもよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい(自宅、携帯、メール) <input type="checkbox"/> いいえ

# スマイル・チェックシート

アルファ歯科クリニック

- 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、歯を何本残したいですか？  
私は80歳の時に                      本残したい
- 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始めましたか？  
 数か月前から                       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  
 歯ぐきが赤い                       腫れている                       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、その他気になることやご希望がございましたらご記入ください。