



フリガナ

生年月日

氏名

〒  
住所

TEL

ご職業

☐公務員 ☐会社員 ☐自営業 ☐パート/アルバイト  
☐学生 ☐主婦 ☐無職 ☐その他（ ）

〈下記2点、あらかじめご了承くださいますよう宜しくお願い致します〉

- 当院で撮影させていただくレントゲンや口腔内写真は、個人情報として伏せた上で学会や症例発表として使用させていただきます
- ご記入頂いた番号へ、前日に予約日SMSメールにて自動でお送りしております

◆ 当院を何でお知りになりました？

- ☐職場が近所 ☐家が近所 ☐看板 ☐ホームページ・ネット ☐SNS（Facebook／Twitter／Instagram）
- ☐友人や家族から話を聞いた（紹介者様： ）
- ☐身内・知り合いがいる（名前： ）

◆ 本日来院された主な理由は何ですか？ 当てはまる所に全て○をして下さい

歯が痛い	歯がしみる	歯が欠けた・折れた	歯がグラグラする
虫歯を治したい	前の治療の続きがしたい	物が噛めない	詰め物が外れた・割れた
歯茎が痛い	歯茎が腫れた・血が出る	口臭気になる	歯石をとりたい
入れ歯が痛い・合わない	入れ歯が割れた・壊れた	入れ歯を作り直したい	定期検診
あごが痛い・音がする	口が開きにくい	歯並びが気になる	見た目が悪い
歯を白くしたい	歯・歯茎の色が気になる	インプラントをしたい	その他（ ）

◆ 症状があるのはどこですか？

- ☐歯 ☐歯ぐき ☐あごの関節 ☐舌 ☐頬の内側
- ☐その他（ ）

ご自身の

右上	前上	左上
右下	前下	左下

1. お痛みはありますか？ またいつから症状がございますか？

・痛み ☐あり ☐なし

2. お痛みがある方に伺います。どのようなお痛みですか？

- ☐ズキズキ ☐ズーン ☐チクチク ☐噛むと痛い ☐押すと痛い
- ☐その他（ ）

◆ 痛みはないけれど、下記の症状がある方はチェックして下さい。

- ☐違和感 ☐冷たいものしみる ☐温かいものしみる ☐腫れている ☐その他（ ）

◆ 歯の治療経験はございますか？

☐ない ☐ある

- ・過去の治療での感想お聞かせ下さい（あると答えられた方のみ）

☐痛かった ☐怖かった ☐優しかった ☐通院が大変 ☐便利 ☐説明不足  
☐よく理解できた ☐その他（ ）

- ・他院で定期的なクリーニングに通われていましたか？

☐いいえ ☐はい ▶ \_\_\_\_\_ ヶ月毎

- ・口の中に麻酔注射をした事はございますか？

☐ない ☐ある ▶ 気分が悪くなったことはございますか？ ☐ない ☐ある

- ・今まで血が止まりにくかった事はございますか？

☐ない ☐ある

◆ 健康状態についてお答え下さい。

- ・今までにかかった病気・又は現在かかっている病気はございますか？

☐高血圧（現在の数値： / mmhg） ☐糖尿病（現在の数値： HbA1c）  
☐心臓病 ☐脳梗塞 ☐腎臓病 ☐甲状腺疾患 ☐てんかん ☐肝炎（ A型 ・ B型 ・ C型 ）  
☐ガン（部位： ） ☐その他（ ）

- ・骨粗鬆症は歯科治療と関係性が深いと言われています。

1. 骨粗鬆症と言われたことはありますか？ ☐いいえ ☐はい
2. 骨粗鬆症のお薬を服用されていますか？ ☐いいえ ☐はい
3. 服用中の骨粗鬆症の薬名をご記入ください 薬名： \_\_\_\_\_

- ・現在飲んでいる薬はございますか？ 薬名とお薬手帳の有無をご記入下さい。（あると答えられた方のみ）

☐ない ☐ある 薬名： \_\_\_\_\_ お薬手帳： 有 ・ 無

- ・現在かかりつけの病院はございますか？

☐ない ☐ある 病院名： \_\_\_\_\_ 担当医： \_\_\_\_\_

- ・薬や食べ物でアレルギーを起こした事がございますか？

☐ない ☐ある どのような薬／食べ物ですか？ \_\_\_\_\_

- ・記載されているような事はございますか？

☐喘息 ☐鼻炎 ☐口内炎しやすい ☐その他（ ） ☐該当なし

◆ 喫煙されていますか？    ☐いいえ    ☐はい

◆ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中・授乳中ですか？

- ☐妊娠中（現在妊娠                      ヶ月）   （予定日：                      年                      月                      日）
- ☐妊娠の可能性がある
- ☐授乳中（                      年                      月                      日    出産）
- ☐妊娠・授乳中ではない

◆ 次の項目で、重視されている順に数字を入れてください。（1～5）

	丈夫さ                      （詰め物・被せ物・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと）
	再発リスク（虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ）
	美しさ                      （きれいな歯並び白い自然な歯）
	噛む能力                      （自分の歯と同じように噛める）
	安全性                      （アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全）

◆ 治療についてのご希望はございますか？

- ☐時間や費用はかかっても、自分に最も適した治療を受けたい
- ☐歯は大切にしたいので、治療の選択肢は知っておきたい
- ☐歯は大切にしたいが、治療を最低限のもので良い
- ☐今回の部位の治療のみが希望で、その他の部位の説明はிரない
- ☐状況的に通院は難しいので、応急処置のみで構わない

◆ 心配な事、その他伝えたいことはございますか？

◆ 当院は、診察券アプリ「私の歯医者さん」で予約日の確認・撮影した検査資料の閲覧が可能です。  
初期設定は、カウンセリング時もしくはお会計時に致しますので、アプリダウンロードのみ事前にされておりますと設定がスムーズに行えます。なお、診察券カードのご用意もしておりますので、カードをご希望の方は  
お会計時に受付にてお申し付けください。



AppStore



GooglePlay

◆ ◆    ご協力いただきありがとうございました    ◆ ◆