

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

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる ズキズキ痛い かむと痛い はれた その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口に中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他()
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"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <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"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他()
前回歯科治療を受けられたのは	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)
その時の感想は	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他()
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ほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので、注意してほしい <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"/> 自分の歯についてカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
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
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(月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	

スマイル・チェックシート

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、何本歯を残したいですか？

私は80歳の時に_____本歯を残したい

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. あなたはご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？（気になる場合のみ）

写真をみて 人に言われて

鏡を見て 雑誌を見て

6. いつ頃から気になりはじめましたか？（気になる場合のみ）

数ヶ月前から 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

歯茎が赤い 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. ホワイトニング（歯を白くする）に興味がありますか？

ある わからないので説明して欲しい ない

ご協力ありがとうございました

土沢デンタルクリニック