EXAMINATION　　　　　　　　　　　　　　　　ONODERA

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　DNTAL　CLINIC

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初診日　R　　年　　月　　日

氏名（ふりがな）

生年月日

住所　〒

TEL　自宅　　　　　　　　　　　　　　携帯

勤務先名

紹介者　　　　　　　　　　　　　　　　　来院しやすい日時

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 |  |
| どこが痛みますか |  |
| 現在痛みますか | はい・いいえ |
| 冷たいもの | しみる・しみない |
| 熱いもの | しみる・しみない |
| 現在の健康状態は  いかがですか | 良い・あまり良くない |
| 現在内科的な病気は  ありませんか | ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| かかりつけ医・電話 | 医院名　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 以前、歯を抜いたことは  ありますか | ある（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| その時何か異常は  ありましたか | ある（どのような：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| 薬を飲んで副作用は  ありますか | ある（副作用：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| 注射（麻酔）をして  異常はありませんか | ある（どのような：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| 特異体質やアレルギーはありませんか | ある（どのような：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ない |
| 現在服用中の薬 |  |
| 歯科で精密検査を受けたことはありますか | ある・ない |
| その他 | 妊娠　　ヵ月 |

**【歯科について】**

1. 今、お困りになっている不都合なことは何ですか。
2. 最近いつ頃歯科治療を受けられましたか。
3. 最近いつ頃歯石を取られましたか。
4. 何回ぐらい歯石を取ったことがありますか。
5. 最近いつ頃お口全体のレントゲン写真を

撮影しましたか。

1. いつ歯磨きをしますか。（朝起きてすぐ・朝食後・昼食後・夕食後・夜寝る前）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はい】　【いいえ】

1. 歯ブラシを使った時、歯肉から出血しますか。　　　　　　　　【　　】　　【　　】
2. お口の中で歯ブラシをさけている部分はありますか。　　　　　【　　】　　【　　】
3. 歯の間に食物がはさまりますか。　　　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
4. 歯肉が軟かかったり腫れていますか。　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
5. 口内炎になったことはありますか。　　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
6. 膿漏処置を受けられてことはありますか。　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
7. 熱いもの・冷たいもの・甘いもので

口に痛みを感じることはありますか。　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】

1. 歯を食いしばったりすることはありますか。　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
2. 顎が疲れたりすることはありますか。　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
3. 耳の中あるいは近くに痛みを感じたことはありますか。　　　　【　　】　　【　　】
4. 過去に困難な抜歯経験はありますか。　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
5. 歯が抜けたままになっている所はありますか。　　　　　　　　【　　】　　【　　】
6. 正しいお口の手入れについて説明を受けたことはありますか。　【　　】　　【　　】
7. 正しい食事について説明を受けたことはありますか。　　　　　【　　】　　【　　】
8. 麻酔の経験はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
9. あなたは歯についてどのようにお考えですか。　　　　　　　　【　　】　　【　　】
10. 応急処置のみをお望みですか。　　　　　　　　　　　　　　　【　　】　　【　　】
11. この機会にお口の完全な検査をお望みですか。　　　　　　　　【　　】　　【　　】
12. その他

＊当院は完全予約制となっております。お電話もしくはメールでご予約下さい。

　（メールでのご予約ですと、返信にお時間がかかる場合がございます。お電話でのご予約が一番スムーズかと思います。）

＊当日は保険証をお持ちください。

＊クリーニングのご予約の方はいつもお使いの歯ブラシをお持ちください。

＊ご予約時間に遅れた場合は、別日に変更させていただくことがございます。

＊紹介状をお持ちの方は受付でお預かりします。