

EXAMINATION

初診日 R 年 月 日

 ふりがな
氏名

 男
女
殿

生年月日 M T S H 年 月 日 才

 〒
住所

勤務先名

 TEL ・自宅
・携帯

役職名

TEL

紹介者

来院しやすい曜日・時間

曜

 午前
午後

どうなさいましたか？ (記述して下さい。)						
どこが お痛みですか	右 上	上 前	左 上	1. 歯	2. 歯肉	3. 頬
	右 下	下 前	左 下	4. 舌	5. 唇	6. 顎
今は	痛くない		少し痛い		ひどく痛い	
冷いものは	しみる			しみない		
熱いものは	しみる			しみない		
現状の健康状態は 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	肝 臓	心 臓	腎 臓	高血圧	糖 尿	な し
				低血圧		
かかりつけの 医者・電話	_____ 医 院			TEL. _____		
	_____ 医 院			TEL. _____		
以前に歯を抜いたことが ありますか	な い		あ る			
	最近抜いたのは		年 前		月 前	
その時 何か異常は ありましたか	な い		血が止らなかつた		貧血を起した	
	あ る		何日も痛みが続いた		熱が出た	
薬をのんで 副作用は ありましたか	あ る		な い		胃が痛くなる	
	かゆくなる		その他		発疹ができる	
			薬 名			
注射 (麻酔) をして 異常はありませんか	な い			あ る		
特異体質やアレルギーは ありませんか	な い		かぶれやすい		ぜんそくがある	
	あ る		じんま疹がでやすい			
現在服用中の薬は	な い		ど ン な 薬 だ ら ぬ か			
	あ る					
その他 特別なことは ありませんか	妊 娠		ヶ 月			
今までに歯科で精密検査を 受けたことがありますか	な い			あ る		

【 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。

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい |
| <input type="checkbox"/> 義歯を入りたい | <input type="checkbox"/> 歯肉から血が出る | <input type="checkbox"/> 咬むと痛い |
| <input type="checkbox"/> 義歯が割れた | <input type="checkbox"/> そ の 他 | <input type="checkbox"/> 定期検診をしたい |

痛みの場合、それはいつからですか _____

2. 最近いつ頃歯科治療をうけられましたか。 _____

3. 最近いつ頃歯石をとられましたか。 _____

4. 何回ぐらい、歯石をとられましたか。 _____

5. 最近いつ頃口の中全体のレントゲンを撮られましたか。 _____

6. いつ、歯ブラシを使われますか。(朝起きてすぐ、朝食後、昼食後、夕食後、夜寝る前)

7. 歯ブラシを使われた時、歯ぐきから血がでますか。……………〔 ^{はい} 〕 〔 ^{いいえ} 〕

8. 口の中で歯ブラシの使用をさけている部分がありますか。……………〔 〕 〔 〕

9. 歯の間に食物がはさまりますか。……………〔 〕 〔 〕

10. 歯ぐきが軟かかったりはれたりしていますか。……………〔 〕 〔 〕

11. “口内炎”になったことがありますか。……………〔 〕 〔 〕

12. 膿漏処置をうけられたことがありますか。……………〔 〕 〔 〕

13. 熱いもの、冷たいもの、甘いもので口の中に痛みを感じることがありますか。…〔 〕 〔 〕

14. 歯をくいしばったりすることがありますか。……………〔 〕 〔 〕

15. 顎が疲れたりすることがありますか。……………〔 〕 〔 〕

16. 耳の中にあるいは近くに痛みを感じたことがありますか。……………〔 〕 〔 〕

17. 過去に困難な抜歯の経験がありますか。……………〔 〕 〔 〕

18. 歯の抜けたままになっている所がありますか。……………〔 〕 〔 〕

19. 正しい口の手入れについてお聞きになったことがありますか。……………〔 〕 〔 〕

20. 正しい食事についてお聞きになったことがありますか。……………〔 〕 〔 〕

21. 麻酔の経験がありますか。……………〔 〕 〔 〕

22. あなたの歯についてどのように考えておられますか。 _____

23. 緊急処置のみをお望みですか。……………〔 〕 〔 〕

24. この機会にお口の完全な検査をお望みですか。……………〔 〕 〔 〕

25. “はい”とお答えになられたもののうち何かありましたら下欄にくわしくお書き下さい。

ありがとうございました。すぐに診療させていただきますので、その場でしばらくお待ち下さい。