

# ピースデンタルクリニック カウンセリングシート

ふりがな		血液型	年齢	生年	西暦	年
お名前	女 男		歳	月 日	月	日 生まれ
ご住所	〒			喫煙歴	<input type="checkbox"/> ある (期間 年) (1日 本) <input type="checkbox"/> なし	
ご職業	勤務先名	t e l	自宅			
	職種		携帯			

0. 歯科受診はいつぶりですか？

( )

1. どのようにして当院をご存じになりましたか？

- 他医院からの紹介 紹介者 (医院)  ホームページ
- 家族からの紹介 ⇒  雑誌 (はっぴーママなど)
- 知人からの紹介 \_\_\_\_\_ 様  車の通勤路、近隣に買い物に来て知った
- 家や職場が近い  噂・口コミを聞いて
- その他 ( )

2. どうなさいましたか？ (複数回答可)

- むし歯の治療希望  詰め物が取れた  痛い
- 顔が腫れている  歯茎が腫れている  歯茎から血が出る
- 歯がぐらぐらする  □臭が気になる  歯石を取りたい
- 噛み合わせが気になる  □が開きづらい  顎が痛い
- 審美的に気になる  インプラント希望  矯正治療希望
- メタルフリー 希望  ホワイトニング希望  親知らずを抜きたい
- 入れ歯が合わない  検診希望
- その他、治療に対するご要望 ( )

3. 妊婦、あるいは妊娠している可能性がありますか？

- 妊娠していない
- 妊娠している (かもしれない) \_\_\_\_\_ ヶ月 (出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)
- 母子手帳は本日お持ちですか？ 有・無

4. ご来院可能な曜日、時間帯などの希望をお聞かせください (○をつけて下さい)

曜日 月 火 水 木 金 土 時間帯 午前 午後 いつでも (希望時間: )

※土曜日は大変混み合っておりますので、ご予約が取りづらくなっております。

5. 診療範囲・回数・内容についてお聞かせください

- 気になる部位だけ治してほしい  どれかチェックして下さい
- 悪い所は全て治したい  どれかチェックして下さい
- 先生にお任せ (一番バランスの良いペースでしてほしい)
- 来院回数は増えても、一度の治療は少しづつがいい  どれかチェックして下さい
- 保険治療の範囲内でやってほしい
- 歯・体に良い治療法があるならば、話を聞いて考えたい  どれかチェックして下さい
- 費用は気にせず、最良の治療法で治してほしい

※ 治療内容に応じて専門の歯科医師が担当いたしますのでよろしくお願いいたします。

裏面もお答えください

## 歯科治療を行う上で、お体に関する大切な質問です

7. お体についてお聞かせください 身長 (      cm) 体重 (      kg)
8. 現在加療中、過去にかかった病気はありますか？
- ない
- 糖尿病 (      HbA1c)  心臓病  脳血管障害
- 高血圧 (      /      mmHg)  骨粗しょう症  肝炎 (A型・B型・C型)
- ぜんそく  シェーグレン症候群  リウマチ
- アレルギー (具体的にご記入ください) \_\_\_\_\_
- その他 (具体的病名) \_\_\_\_\_
- かかりつけ医院 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_
9. 現在飲んでいるお薬はありますか？ 定期的に投与されている注射はありますか？ 21
- ない
- ある (お薬 ・ 注射)
- 「ある」場合は、具体的なお薬・注射の名称を教えてください
- また、骨粗しょう症のお薬の場合はいつから服用しているのかもご記入ください
- (      )
10. お薬のアレルギーはありますか？
- ない
- ある (      )
- お薬手帳は本日お持ちですか？      有・無
11. 過去に歯科治療を受けて何か異常はありませんでしたか？
- ない
- ある ( 麻酔が効かなかった / 気分が悪くなった / 血が止まらなくなった )
- その他 \_\_\_\_\_
12. ご両親に関して下記の既往がありますか？
- 糖尿病  若年時 (35歳以下) の歯牙喪失  歯周病  分からない

## 生活習慣についてお聞かせください

お口の中を把握する為に必要な項目となりますので、なるべく詳しく記入してください

- 使用しているお口の清掃器具
  - 歯ブラシ  フロス (糸ようじ)
  - 電動歯ブラシ  歯間ブラシ  舌ブラシ  その他 \_\_\_\_\_
- 使用している歯磨き粉      商品名 \_\_\_\_\_
- 歯磨き回数      1日 \_\_ 回  起床後すぐ・食後 (□朝・□昼・□夕)  就寝前
- フッ素について      現在使用していますか？      □はい      □いいえ
- 「はい」と答えられた方、当てはまるもの全てにチェックしてください
- イエテポリ法 (フッ素入り歯磨き粉を使用し、うがいを軽くする方法)
- 自宅でのフッ素うがい       歯科医院でのフッ素塗布
- 飲食回数 (間食も含む)      1日 \_\_\_\_ 回
- 飲酒回数  ない  つきあい程度  毎日
- 睡眠時間      平均 \_\_\_\_ 時間くらい ( \_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_ 時)
- ストレスの度合い (お仕事、プライベートどちらも) (当てはまる所に○を付けてください)
- ない      \_\_\_\_\_      とてもある
- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ご記入ありがとうございました。受付にお出し下さい。