年　　月　　日　　担当：　　カルテ No

問　診　票

落合歯科医院

（フリガナ）		男	生年月日　　（満　　歳）
お名前		女	西暦　　年　　月　　日
ご住所	〒		お電話番号 （　　） 携帯番号（緊急連絡先として） （　　）
ご勤務先 （学校名）		E-mail	※予約確認のメールをお届けいたします

どうなさいましたか	□歯が痛い（　しみる、　ズキズキいたい、　かむと痛い、　はれた、その他） □詰め物・被せ物が取れた　□矯正希望　□歯ぐきから血が出る □入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい　□口の中にできものがある □歯石を取りたい　□検診をしてほしい　□その他（　　）
当院をお知りになった理由は	□家族からの紹介　□知人からの紹介（紹介者のお名前：　　） □院前を通って　□医療機関からの紹介　□ホームページ　□グーグル □インスタグラム　□Twitter　□LINE　□その他（　　）
前回歯科治療を受けられたのは？	□当院で　（　　年　　カ月前） □他院で　（　　年　　カ月前）
その時の感想は？	□痛かった　□痛くなかった　□怖かった　□優しかった　□通院が大変 □便利だった　□説明してくれなかった　□よく理解できた □その他（　　）
診療についてご希望があれば	□　　月　　日までに治療を終えてほしい □　来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい □　極端に“こわがり”なので、注意してほしい □　痛いところ、困っているところだけを治してほしい □　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 □　自分の歯についてのカウンセリング（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　□午前＿＿＿時頃　□午後＿＿＿時頃 ・来院できる曜日　□月　□火　□水　□金　□土
現在の健康状態は	□良好　□普通　□不良　※女性の方のみ　□妊娠中（　　ヶ月）
今までにかかった病気は	□特になし　□糖尿病　□心臓病　□高血圧　□低血圧　□腎臓病 □肝臓病　□結核　□肝炎　□その他（　　）
次のようなことがありますか	□傷が化膿しやすい　□ジンマシンがでやすい　□湿疹が出やすい □口内炎にかかりやすい　□薬過敏（薬品名：　　）　□下痢しやすい □喘息がある　□風邪を引きやすい　□血が止まりにくい □薬を飲むと胃が悪くなる　□花粉症である　□その他（　　）
現在飲んでいる薬はありますか	□飲んでいない　□ビタミン剤　□ホルモン剤　□血圧の薬　□糖尿病の薬 □その他（　　）
以前に歯を抜いたことがありますか	□いいえ　□はい　⇒その時異常はありましたか？ □気分が悪くなった　□血が止まりにくかった　□その他（　　）
血圧の状態は	□高い　□普通　□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

裏面に続く

【スマイル・チェックシート】

1．あなたはご自分の歯を残すために、定期的なクリーニングを受けたいと思いますか？

□はい　　□いいえ

その理由は？ _____

2．あなたはご自分の歯並びにどの程度満足していますか？

□非常に満足している　□やや満足している　□ふつう
□やや不満　□不満

3．歯並びが日常生活にどのような影響を与えていますか？（複数回答可）

□食事がしにくい　□発音に問題がある　□自信が持てない
□特に問題はない　□その他

（その他の方は具体的に記述してください）

_____

4．過去に歯列矯正を受けたことがありますか？

□はい　　□いいえ

5．歯並びを改善するためにどのような対策を講じていますか？（複数回答可）

□定期的な歯科訪問　□歯列矯正を検討中
□特に何もしていない　□その他の治療や対策を行っている

（その他の方は具体的に記述してください）

_____

6．将来的に歯並びの治療や改善を考えていますか？

□はい、積極的に考えている
□たぶん、まだ決めていない
□いいえ、考えていない

7．あなたは次のどこが気になりますか？

（クリーン）

□口臭　□ヤニ　□歯の汚れ　□歯石　□歯茎が赤い
□歯茎の腫れ　□出血する

（ビューティー）

□歯の色　□歯の形　□歯のすき間　□かぶせ物の色
□かぶせ物の形　□歯茎の色　□歯茎の形　□詰め物の色

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ほしい
□ない

※２枚目のセルフケアについてもご記入ください。