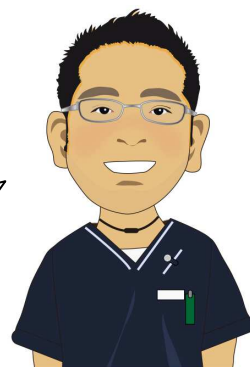


ようこそ！ 歯周病センター山田歯科へ
はじめにお読み下さい

山田歯科のコンセプト



いまある歯が1本でも多く残るように、治療した歯が生涯使えるように、歯周病の治療・予防を提供いたします。

当院では、このコンセプトに基づき、精密検査、診査、診断、治療計画を立てた上で治療をさせて頂いております。

そこで初診の方にお願ひがあります。当歯周病センター山田歯科は、**専門性の高い歯科医院**です。**治療の前にカウンセリングと精密検査（虫歯検査、歯周病検査、レントゲン診査、口腔内写真）**を行い治療を進めております。

※但し、痛みなど緊急処置がある場合は治療を優先させて頂きます。

そのため**従来の歯科医院よりは、検査や説明など十分にお時間を取らせて頂いております**。治療は、本日検査させて頂いた資料で治療計画を立て、説明をさせて頂いた後進めてまいります。ご了承ください。

どうしても時間がない方、考えの合わない方は初めにスタッフまでお知らせ下さい。**初診時の精密検査は、すべて保険治療です**。ご安心して受診ください。

同意する

同意しない



歯周病センター 山田歯科成瀬クリニック

問 診 表

山田歯科成瀬クリニック

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	明・大・昭・平	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		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキいたい、かむと痛い、歯肉が腫れた、その他) <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯を清掃してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()																												
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顎 その他																												
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 (紹介者のお名前： _____ 様) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 (医療機関名： _____) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> その他 ()																												
前回歯科治療を受けられたのは	<input type="checkbox"/> 歯医者にかかるのは初めて <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)																												
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"/> 極端に“こわがり”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"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい																												
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 (ヶ月)																												
今までにかかった病気は	<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"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <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"/> ジンマシンや湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> アレルギーがある () <input type="checkbox"/> ぜん息がある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 喫煙している (1日 本) <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"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> その他 薬の名前・種類 ()																												
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： _____																												
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17時以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17時以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17時以降																													

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

裏に続きます

スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

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？

写真を見て 人に言われて
鏡を見て 雑誌を読んで

6. いつ頃から気になりはじめましたか？

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 はれている 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