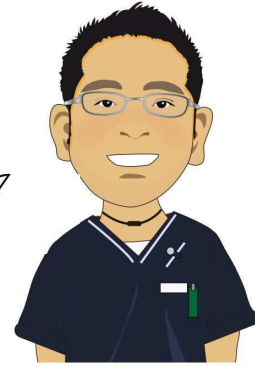


ようこそ！ 歯周病センター山田歯科へ  
はじめにお読み下さい

## 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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

9. 当院院長山田潔の歯周病専門治療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