

# 初診記録

〒 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

おとこ :

でんわ :

ご職業 :

でんわ :

携帯電話 :

Email :

(ふりがな) (

おなまえ : \_\_\_\_\_ 男・女 おとし : \_\_\_\_\_ 才

お子様の場合はいつもお呼びしている愛称も書いて下さい。

通園通学校名 : \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

この用紙は、初めて来院された方に健康状態などをおたずねし、安心して歯科治療を受けていただくために記録するもので、内容についての秘密は守ります。診療時に再び同じ様な質問をすることがありますので協力下さい。  
また、受診期間中、健康状態に変化などありましたらお申し出下さい。

下記の質問にお答え下さい。（該当するものを○で囲んで下さい。）

1. 今日、来院された理由はなんですか。

- むし歯 歯が痛い 歯がぐらぐらする 歯ぐきから血が出る 口の中の腫れ  
つめた物などが取れた 歯石除去 検診 歯ならびがわるい  
入れ歯をつくってほしい 頸の痛み その他 \_\_\_\_\_

2. 歯科治療は初めてですか。（他医院もふくめて）

- 初めて ある

3. 歯科治療に対して不安をもっていますか。

- 非常に不安である 不安である 少し不安である とくにない

4. 治療希望をおきかせください。

- 悪いところは全部なおしてほしい  
痛い歯または現在困っているところだけなおしてほしい  
健康保険の範囲で治したい  
保険のきかない部分は自費でもよい  
最もよい材料と方法で治したい

5. 歯科治療で麻酔注射をうけたことがありますか。

- ない ある  
ると答えた人で注射のあと異常がありましたか  
具合が悪くなった とくに異常はなかった

6. 血が止まりにくいことがありましたか。

- ある ない

7. 薬や食物などでアレルギー体質（過敏反応）はありますか。

- ある ない  
ると答えた人は具体的 薬 \_\_\_\_\_ 食物 \_\_\_\_\_  
に記入して下さい その他 \_\_\_\_\_

8. ①現在または過去にかかった病気がありますか、またその他の場合は病名を記入して下さい。

- ある ない  
腎臓病 胃腸病 リウマチ 高血圧症 貧血 ちくのう症 性病（梅毒、淋病等）  
糖尿病 心臓病 ぜんそく てんかん 結核 肝臓病（肝炎、肝硬変等） エイズ  
その他 \_\_\_\_\_

②病気に関して書きにくいありましたら直接医師に話して下さい。

9. 歯科以外で現在通っている病院がありましたら記入して下さい。

病院・科名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

10. 常用している薬はありますか。

ある 薬名 \_\_\_\_\_ ない



いいじま歯科クリニック

裏面に続きます



11. タバコをしていますか。

ある(1日\_\_本) いいえ

12. 歯ぎしりをしている、あるいはしていると言われたことがありますか。

はい(現在している・以前していた) いいえ

13. 入れ歯を使ったことがある方へお聞きします。

現在入れ歯を使っていますか はい いいえ  
お使いの入れ歯に満足していますか はい いいえ

14. 現在、生理中、又は妊娠中、授乳中ですか。

はい 妊娠\_\_ヶ月 妊娠している可能性がある 授乳中 生理中 いいえ

15. 予約時間について希望がありましたら記入してください。

曜日\_\_\_\_\_ 時間\_\_\_\_\_ 時頃都合がよい

16. 当院をお知りになった理由は?

知人・家族からの紹介 ※当院に初めていらした時にご紹介者がいた場合、その方にも粗品を差し上げていますので、ぜひご記入下さい。

(ご紹介者名: \_\_\_\_\_) (その方とのご関係: \_\_\_\_\_)

看板を見て 建物を見て かかりつけ タウンページを見て  iタウンページを見て  
Yahoo! コプレイスを見て いいじま歯科のホームページを見て  
親しらずのホームページを見て 近いから その他( )

17. 前回歯科治療を受けられたのは?

当院で ( 年 月 )

他院で ( 年 月 ) 医院名 \_\_\_\_\_

18. 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( )

19. 興味のあることは?

インプラント 審美修復 自費の入れ歯 矯正治療  
その他( )

20. その他ご希望があればお書きください。

スマイル・チェックシート

(お子様の場合は、お書き頂かなくて結構です。)

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すか?

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?

写真をみて 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  
歯ぐきが赤い 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 歯ならび  
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



いいじま歯科クリニック