

予 診 表

本日の日付をご記入下さい

予診表-⑤

年 月 日

ふりがな			
お名前	男 ・ 女		
生年月日	大 昭 平	年	月 日 (才)
ご住所	〒		
ご連絡先	携帯番号	—	—
	自宅電話番号	—	—
ご勤務先			
ご紹介者	様 (ご家族様 ・ 勤務先知人 ・ 友人 ・ 医師)		

- ★ あなたの体質を知ることは、より良い診療をする為に必要です。この表は歯科治療をスムーズに行う為の大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答えいただき、該当するものにチェックを入れて下さい。
- ★ お薬手帳をお持ちの方は受付にお申し出下さい。
- ★ 当有心会グループでは、治療の流れや料金設定が統一されております。そのため他分院でのセカンドオピニオンは原則お受けいたしておりません。再カウンセリングご希望の方は、同医院で承っておりますのでお申し出ください。(※治療内容によりましては再カウンセリング料が必要となります。)
- ★ 事情により転院を希望される場合、治療内容によりましては転院手続きの際の事務手数料が必要となります。

●クリア歯科で治療を受けられたことはございますか？受けられたクリニックにチェックを付けてください。
いいえ はい → 東京院 新宿院 新宿モノリス院 池袋院 名古屋院
滋賀石山院 京都院 なんば院 心斎橋院 大阪院 第2大阪院 神戸院

●当院以外(歯医者)で最後に治療を受けられたのは、いつですか？またその治療内容は？
 年 月 日 治療内容()

●治療について
できるだけ毎回詳しい説明をしてほしい
悪いところは全部治したい 保険の範囲内で治療したい
もっとも良い資材と方法で治療してほしい 痛い所だけ治したい
なるべく保険で、それ以外は説明してほしい 相談の上で決めたい
できるだけ回数を少なく、1回あたりの時間を長く 担当医制でなくても良いので、出来るだけ日にちを詰めて治療に通いたい
回数が増えても毎回時間内で終えてほしい
その他 ()

●ご希望の曜日・時間 (曜日) (午前 ・ 午後 ・ 時頃)

●どうなさいましたか？
むし歯がある 歯が痛い 歯ぐきが痛い
歯の清掃をしてほしい 検診をしてほしい インプラント相談
入れ歯の具合が悪い ホワイトニング相談 詰めもの・被せ物がとれた
審美相談(見た目をきれいにしたい) 矯正相談 その他 ()

●それはどこですか？
 右上 前上 左上
 右下 前下 左下 全部 その他

●いつ頃からですか？ (痛みのある方へ)
 () 日前 () カ月前
その他 ()

●どのように痛みますか？ (痛みのある方へ)
ズキズキ痛い 噛むと痛い ときどき痛い 冷たい物がしみる
熱いものがしみる その他 ()

裏へ続く

●歯を抜いたことがありますか？

いいえ はい → () 年前 () カ月前

●その時何か異常はありましたか？ (歯を抜いたことがある方へ)

いいえ

はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た
その他 ()

●歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

いいえ はい

●その時何か異常はありましたか？ (麻酔をしたことがある方へ)

いいえ はい (症状)

●歯ぎしり、くいしばりはされますか？

いいえ はい わからない

●薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？

いいえ

はい → 胃痛 発疹 かゆみ その他 ()

●現在及び過去にかかった病気はありますか？

いいえ 心臓 肝炎 (A・B・C) 腎臓
貧血症 高血圧 低血圧 糖尿
骨粗しょう症 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍
喘息 脳卒中 認知症 H I V その他 ()

●現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (病名： 薬品名：)

●現在おタバコは吸われますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい 1日 () 本 現在の喫煙歴 () 年

●過去におタバコを吸われたことはありますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい () 年前に約 () 本/1日) 過去の喫煙歴 () 年

●治療における痛さについて

特に弱い 弱い ふつう 強い

●お引越しのご予定はございますか。

いいえ はい () 年 () か月後に引越し予定) ⇒引越し予定先は？[]

【女性の方へご質問いたします】

●現在、妊娠していますか？

いいえ はい () か月
わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

●現在、授乳中ですか？

いいえ はい

★ 当院では原則として担当医制をとっております。ご希望の担当医があれば遠慮なくお気軽にお申し出下さい。可能な範囲で対応させていただきます。(混雑状況などにより一部ご希望に添えない場合も生じます。)ご理解の程、お願い申し上げます。
医療法人社団 有心会 ver.180122

矯正歯科治療問診表

問-矯-④

	西暦	年	月	日	記入
ふりがな					
お名前	男・女				
生年月日	西暦	年	月	日	(才)
ご住所	〒				
ご連絡先	携帯番号				
	自宅電話番号				
ご勤務先					
ご紹介	様 (ご家族様・勤務先知人・友人・医師)				

この問診表は、矯正歯科治療を開始するにあたって診断や治療方針をたてるための大切な資料となりますので、できるだけ詳しくご記入下さい。

- クリア歯科で治療を受けられたことはございますか。受けられたクリニックにチェックを付けて下さい。
いいえ はい → 東京院 新宿院 新宿モノリス院 名古屋院 神戸院
滋賀石山院 京都院 なんば院 大阪院 第2大阪院
- 定期的に歯科医院でクリーニングを行っていますか。また最後にクリーニングを受けられたのはいつですか。
いいえ はい → (年 月 日)
- ご希望の曜日・時間 (曜日) (午前・午後 時頃)
- 歯並びやかみ合わせに関連して、一番気になっているのはどういう部分ですか。具体的にお教え下さい。
よくわからない
- 気になる部分をどのように治したいと思っていますか。
よくわからない
- 希望のプランはありますか。(✓をつけて下さい)
コミ50 コミ70 コミ90 ハーフクリア ハーフリングル
ソーシャル6 マウスピース矯正 よくわからない
 理由：()
- その他、歯やおくちの周辺、顔つきなど気になることがあればお教え下さい。
- 歯並びを気にされるようになったのは、どういうきっかけですか。あてはまるものに✓をつけて下さい。(複数可)
自分の顔立ちを見て 自分の写真を見て いつも口が開いているので 歯科医院、集団検診で指摘された
家族・友人に指摘された(どなたに：) 食べ方がおかしいので 歯磨きするのが難しいので
雑誌やテレビを見て 自分では気にしていない その他(具体的に：)
- 遠方への引っ越しのご予定はありますか。
いいえ はい → (いつ： どちらに： どのくらい：)
- 結婚式のご予定はありますか。
いいえ はい → (いつ：)
- いつ頃歯並びが悪いことに気がつきましたか。あてはまるものに✓をつけて下さい。
乳歯の頃 永久歯に生えかわる頃 永久歯になった後(歳ごろ)
- 上記の気づいたところと比べて、現在の状態は次のうちどれですか。
特に変化はない ゆっくりと悪くなってきた 急に悪くなってきた

(裏面に続く→)

13.乳歯の頃、虫歯が多かったですか。

いいえ はい

14.歯を強くぶつけた事がありますか。

いいえ はい

15.歯を抜いたことがありますか。

いいえ はい → () 年前 () ヶ月前

16.その時何か異常はありましたか。 (歯を抜いたことがある方へ)

いいえ

はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た その他
()

17.歯の治療で麻酔をしたことがありますか。

いいえ はい

18.その時何か異常はありましたか。 (麻酔をしたことがある方へ)

いいえ はい → (症状)

19.あごの関節に音がすることや、違和感もしくは痛むことがありますか。

いいえ はい

20.アレルギー (金属・ゴム・食品・薬など) がありますか、もしくはアレルギーのご心配はありますか。

いいえ はい → (種類:)

21. 現在及び過去にかかった病気はありますか？

いいえ 心臓 肝炎 (A・B・C) 腎臓 貧血症 高血圧 低血圧
糖尿 骨粗しょう症 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍 喘息 脳卒中
認知症 HIV その他
()

22.現在飲んでいる薬はありますか。

いいえ はい → (病名: 薬品名:)

23.現在または過去に骨粗しょう症の薬 (ビスフォスフォネート系) を飲んでいますか。

いいえ はい

24.過去に美容整形 (顎) を受診されたことはありますか。もしくは受診する予定はありますか。

いいえ はい → (いつ:)

25.歯並びに関係するつぎのクセがありましたか。あればその年齢をご記入下さい。

・指しゃぶり いいえ はい (歳頃～ 歳頃)
・口で息をする いいえ はい (歳頃～ 歳頃)
・舌や唇をかむ、吸う いいえ はい (歳頃～ 歳頃)
・ほおづえをつく いいえ はい (歳頃～ 歳頃)
・歯ぎしり、くいしばり いいえ はい (歳頃～ 歳頃)

26.ご家族のかたの歯並びの状態を教えてください。

(記入例: 普通・出っ歯・受け口・前歯がデコボコ・八重歯・前歯が咬み合わない等)

続柄	年齢	歯並びの状態	続柄	年齢	歯並びの状態

27.矯正治療でどういうことが気になりますか。あてはまるものに✓をつけて下さい。(複数可)

歯並びが改善するか 治療に抜歯が必要か 治療中の痛み 費用の支払い方法 矯正装置の見た目
治療期間 年齢的に治療に不安がある 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安

【女性の方へご質問いたします】

28.現在、妊娠していますか。

いいえ はい (月)
わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

29.現在、授乳中ですか。

いいえ はい