

予 診 表

(フリガナ)

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日生 才

住所(〒 _____) _____ (_____) _____

- ◎当院に来院されたことがありますか 初めて 以前にある
- ◎当院に来院されたのは 近所だから インターネット 知人の紹介 その他
紹介者のある方、その方のお名前は _____ 様

- ◎どうなさいましたか
痛い 腫れた 金属などが取れた 入れ歯 抜歯希望
検診 インプラント ホワイトニング 矯正 その他

- ◎特異体質やアレルギーがありますか いいえ はい
- ◎大きな病気をしたことがありますか いいえ はい 病名 _____
- ◎現在、内科的な病気はありますか いいえ はい 病名 _____

“はい”と答えた方

- 糖尿病 心臓疾患 性病 うつ病 血液疾患 肝炎 高血圧 その他

- ◎毎日常用している薬はありますか いいえ はい
“はい”と答えた方、何の薬ですか _____

- ◎骨粗鬆症やがんの治療を受けている いいえ はい
“はい”と答えた方

ビスフォスフォネート製剤(ベネット、ダイドロネルなど)を服用していますか

- いいえ はい

- ◎現在、血圧は 高い 普通 低い
- ◎タバコは吸いますか いいえ はい
- ◎その他特別なことはありませんか ない ある

♡現在、妊娠していますか

- いいえ はい 妊娠 _____ 月 _____ 日 ?

◎この機会に

- 悪い所は全部治したい 痛んでいる所だけ治したい 今日で終わりたい

◎診療についてのご希望は

- 健康保険の範囲で治したい。
なるべく保険で、保険できない所は自費でもかまわない。
最も良い資材と方法で治してほしい。

◎診療日・時間についてのご希望は

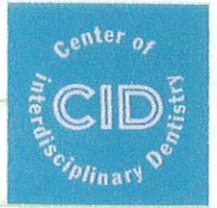
- 月 火 水 木 金 土
午前 午後 夜

◎その他、ご希望がありましたらお書き下さい。

ご記入いただき有り難うございました。

八幡歯科医院

Findings Initial-Diagnostics



No: 氏名:

生年月日:

男女 記載日:

担当医:

医学的既往 一お身体に関する以下の12項目についてお答えください一

| | はい | いいえ | | はい | いいえ |
|-------------|----|-----|-------------|----|-----|
| 1: 感染症 | | | 7: 泌尿器系疾患 | | |
| 2: 心臓脈管系疾患 | | | 8: 中枢神経系疾患 | | |
| 3: 呼吸器系疾患 | | | 9: 精神的疾患 | | |
| 4: 消化器系疾患 | | | 10: リウマチ性疾患 | | |
| 5: 代謝異常 | | | 11: ホルモン性疾患 | | |
| 6: アレルギー性疾患 | | | 12: その他の疾患 | | |

歯科的既往 一歯に関する以下の20項目についてお答えください一 (評価 1:軽度 2:中程度 3:重度)

| | 評価 | はい | いいえ |
|--|----|----|-----|
| 1: 食物を噛むときに何か異常を感じますか | | | |
| 2: 話すときに何か異常を感じますか | | | |
| 3: どこで噛んでいいか分からなくなることがありますか | | | |
| 4: 特に敏感な歯はありますか | | | |
| 5: 口を大きく開けたとき、大きなものを噛んだとき、あくびをしたときなどに痛みはありますか | | | |
| 6: 顎の関節で音がしますか、する場合はどちら側ですか | | | |
| 7: 顎の関節付近に痛みはありますか | | | |
| 8: 頭痛はありますか | | | |
| 9: 頭、首、のどに痙攣やひきつけを起こしたことがありますか | | | |
| 10: 全身的な姿勢に関して何か問題がありますか | | | |
| <i>Occlusal Index</i> | | | |
| 11: 重篤なアクシデント(外傷や交通事故 等)にあったことがありますか | | | |
| 12: 経口的な挿管を行ったことがありますか | | | |
| 13: 矯正治療または噛み合わせの調整治療を受けたことがありますか | | | |
| 14: スプリント治療を受けたことがありますか | | | |
| 15: ご自分の性格はについてどう思いますか O楽天的 O悲観的 O冷静 O興奮しやすい O自己抑制できる O自己抑制できない | | | |
| 16: 歯ぎしりや食いしばりをしていますか | | | |
| 17: 最後に歯科治療を受けたのはいつで、どのような治療でしたか → | | | |
| 18: 今回歯科治療を受ける主な理由やご希望は何ですか → | | | |
| 19: 自分には以上の問題に対して治療が必要だと思いますか | | | |
| 20: 自分にとってそれらが重大な障害や病気であると思いますか | | | |