



日付 _____ . _____ . _____

No _____

佐治歯科
SAJI Dental Clinic
予診票

お名前： _____ :

生年月日：（大正・昭和・平成・令和） _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢： _____ 歳

ご住所：〒 _____ :

電話番号： _____ : 携帯電話： _____ :

FAX番号： _____ :

該当するものに○印をお付けください。複数お答えいただいて結構です。
※お答えいただいた内容に関して、当院での診療にのみ使用し、一切公開いたしません。

現在、感じておられる症状について、ご記入ください。

- ・歯が痛い（・しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他）
- ・詰め物がとれた　・入れ歯の調子が悪い　・歯を入れたい
- ・歯を白くしたい　・歯石をとりたい　・検診してほしい
- ・その他（ _____ ）

前回歯科治療を受けられたのはどのくらい前ですか？

（ _____ 年 _____ カ月前）

今までの歯科治療の際に次のようなことはありましたか？

- ・血が止まりにくかった　・気分が悪くなったことがある
- ・その他（ _____ ）

今回の治療に関して 何かご希望があればお書きください。

（ _____ ）

※2枚目もお答えください

2】あなたのお身体の状態を教えてください。

1) 全身的な病気について

(ある・ない・以前にあった) いつ頃? () 年前)

- ・心臓疾患・高血圧・低血圧・貧血・肝臓疾患・A型肝炎・B型肝炎
- ・C型肝炎・胃腸疾患・腎臓疾患・糖尿病・骨粗鬆症・ゼンソク・アトピー
- ・アレルギー・リウマチ
- ・その他 ()

2) 服用中のお薬があれば、お知らせください。

()

3) 特異体質(アレルギー)について

今までに、アレルギーの症状が出たことがありますか?

(ある・ない)

アレルギーの症状は?

(かぶれやすい・じんましん・ゼンソク・アトピー・花粉症)

その他 ()

アレルギーの原因は?

- ・薬(ペニシリン系・ピリン系・その他)・注射・食べ物 ()
- ・金属・ハウスダスト・ペット・花粉
- ・その他 ()

5) かかりつけの医院(内科・外科など)があればお知らせください。

※全身状態の確認のために連絡をとる事があります。

住所・電話番号もお知らせください。

()

6) タバコは吸われますか?

・はい(一日 本 年間) ・いいえ ・過去にあり(年間)

7) 女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠中ですか?

(はい・いいえ・妊娠の可能性はあるが確定していない)

妊娠中のかたにお尋ねします、現在の月齢は?

() カ月 出産予定日 ()

治療に関するご希望確認アンケート

ア 下記の項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

下記の①～⑤の番号で お答えください。

最も重要なのは？



2番目に重要なのは？



- ① 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと（耐久性）
- ② 治療した箇所やその周辺が、再びむし歯になる可能性を低くすること（再発リスク）
- ③ 違和感なく自然に美しく見えること（美しさ）
- ④ 歯を失ってもしっかり噛めて、豊かな食生活ができること（機能性）
- ⑤ 金属アレルギーになりにくく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）

イ 治療方法について、ご希望されるものに○をしてください。

- A 前問の **ア** の①～⑤の項目より、とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である。
- B 費用は少ないほうがいいが、前問の **ア** の①～⑤の項目も考慮にいれ、治療の違いについて説明を受けたいうえで総合的に治療方法を検討したい。
- C 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい。

ウ 歯周病は**成人の80%**がかかっているとされており、最終的に**歯が抜ける**とても怖い病気です。歯周病検査についてご希望されるものに○をしてください。

- A 歯周病検査を希望する
- B 歯周病の可能性が高いようであれば検査を希望する
- C どのような状態でも歯周病検査は希望しない

エ 歯のホワイトニングについて下記のA～Cよりひとつお選びください。

- A ぜひホワイトニングを試してみたい
- B どれくらい白くなるのか？費用はどれくらいなのか？などの話を聞いてみたい
- C とくに説明は必要ない

※ご記入ありがとうございました