



～健康チェック～



初診日
加付NO

ふりがな 氏 名	住所 〒
生年月日 昭和 平成 年 月 日生 歳 男 女	
電話番号	携帯番号
E-mail	
職 業 会社員 自営業 主婦 パート 学生 その他 ()	
当クリニックへは何を見ていらっしゃいましたか？ 紹介 (様) HP 看板 ご近所 その他 ()	

①どうなさいましたか？

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ むし歯がある | ☐ 歯が痛い | ☐ 歯のクリーニングをして欲しい |
| ☐ 詰め物・被せ物が取れた | ☐ 入れ歯の具合が悪い | ☐ 健診をして欲しい |
| ☐ 歯並びを良くしたい | ☐ 歯の色が気になる（白くしたい） | ☐ その他 () |

②それはどこの部分ですか？

箇所	左上	前上	右上	☐ 全部	]その他 ()
	左下	前下	右下		

③いつごろからですか？（痛みのある方へ）

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 今日から | ☐ 昨夜から | ☐ 日前から | ☐ ずっと前から | ☐ 時々 |
| ☐ その他 () | | | | |

④どのように痛みますか？

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ズキズキ痛い | ☐ かむと痛い | ☐ ときどき痛い | ☐ 冷たい物がしみる |
| ☐ 熱い物がしみる | ☐ その他 () | | |

⑤歯を抜いたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ ない | ☐ ある (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）

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ない | ☐ 何日も痛んだ | ☐ 血が止まらなかった | ☐ 熱が出た |
| ☐ その他 () | | | |

⑥歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ ない | ☐ ある |
|-----------------------------|-----------------------------|

※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）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ない | ☐ ある（症状：) |
|-----------------------------|-----------------------------------|

⑦現在及び過去にかかった病気がありますか？

- ☐ない ☐心疾患 ☐肝疾患 ☐腎疾患 ☐胃腸 ☐糖尿 ☐貧血 ☐高血圧
☐甲状腺 ☐血液疾患 ☐脳疾患 ☐精神疾患 ☐喘息
☐アレルギー（金属 薬 食物 花粉 ハウスダスト アトピー その他） ☐その他（ ）

※過去に手術をされたことがありますか？

- ☐ない ☐ある （いつ頃ですか： ）

※過去に輸血を受けたことがありますか？

- ☐ない ☐ある （いつ頃ですか： ）

⑧現在服用している薬はありますか？

- ☐ない
☐ある （薬名： ）

※薬を服用して副作用を起こしたことがありますか？

- ☐ない ☐ある （薬名： ）

⑨顎の状態が気になりますか？

- ☐気になる ☐気にならない

※現在ある症状はありますか？（気になる方へ）

- ☐口が開けにくい ☐口の開閉時に音がする ☐口の開閉時に痛みがある
☐肩こり ☐腰が痛い ☐朝起きた時顎がこわばる

⑩日頃、歯の定期健診を受診されていますか？

- ☐はい ☐いいえ

※はいと答えた方へ

- ☐3ヵ月に一度 ☐6ヵ月に一度 ☐1年に一度 ☐痛くなった時だけ

⑪治療について

- ☐問題のあるところを全部治したい ☐保険の範囲内で治療したい ☐最も良い資材と方法で治療したい
☐痛いところだけ治したい ☐担当医と相談しながら治療計画を立てたい
☐その他（ ）

⑫その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください

（例：麻酔が苦手・歯のクリーニングの際に痛みを感じることもある等）

ご記入ありがとうございました。
ご記入いただいた内容を細かくお聴きいたします。
お気軽に何でもお話しください。

