

# 予診録 ① (Clinical Coordinate Note)

受付日

No.

お名前 (フリガナ)	生年月日 (西暦月日) 年 月 日	年齢 才	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
ご住所 〒			
TEL	携帯		
緊急の連絡先			
職業 (具体的に)	ご家族 <input type="radio"/> 独身 <input type="radio"/> 既婚 人家族		
メールアドレス (PC)	携帯アドレス		
予約日お知らせメール <input type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない			
通院にご都合のよい曜日・ご希望の曜日 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 火 <input type="radio"/> 水 <input type="radio"/> 木 <input type="radio"/> 金 <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 日		時間帯 <input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 <input type="radio"/> 全日	

## ①いつもの歯みがき (オーラルケア) についておたずねします。

### 1. いつものお手入れは？

1日 \_\_\_\_\_ 回

ご使用の道具に○をつけてください

朝食 (食前) (食後)	_____ 分間	ハブラシ	フロス	歯間ブラシ
昼食 (食前) (食後)	_____ 分間	ハブラシ	フロス	歯間ブラシ
夕食 (食前) (食後)	_____ 分間	ハブラシ	フロス	歯間ブラシ
寝る前	_____ 分間	ハブラシ	フロス	歯間ブラシ
その他 間食後	_____ 分間	ハブラシ	フロス	歯間ブラシ



### 2. 歯科医院で歯ブラシ指導を受けたことがありますか？

はい どのくらい前に \_\_\_\_\_ 受けた回数 \_\_\_\_\_ 回  いいえ

### 3. 歯みがきの際、ご使用になっているものをお書きください。(わかればメーカー・商品名も)

フロス <input type="radio"/> 糸のみ (糸ようじ) ↓ <input type="radio"/> Yホルダー	<input type="radio"/> 歯間ブラシ ↓	<input type="radio"/> ハブラシ ↓	<input type="radio"/> 歯みがき剤 ↓	<input type="radio"/> 電動ハブラシ ↓
メーカー _____	メーカー _____	メーカー _____	メーカー _____	メーカー _____
商品名 _____	商品名 _____	商品名 _____	商品名 _____	商品名 _____
	サイズ _____	かたさ _____		

### 4. シュガーレスガムをかみますか？ ※キシリトール ツースフレンドリー アメリカ歯学会認定 リカルデント など

はい → \_\_\_\_\_ 回/日 \_\_\_\_\_ 回/週  いいえ  
どのような時にかみますか？ \_\_\_\_\_

### 5. 歯科でフッ素塗布やフッ素イオン導入を受けられた事はありますか。

ある → いつ頃 \_\_\_\_\_ 受けた回数 \_\_\_\_\_ 回  ない

### 6. フッ素の入った歯みがきジェルやクリームをご使用になりますか？

いつも使う  時々使う  使っていない 商品名  チェックアップジェル  レノビーゴ  ジェルライン  
 ホームジェル  その他 \_\_\_\_\_

### 7. 洗口液 (オーラルリンス) はご使用になりますか？

使う  時々使う  使わない  
 起床後  朝食後  夕食後  間食後  就寝前 製品名 \_\_\_\_\_

### 8. 洗口液・液体ハミガキをフロスや歯ブラシにつけてご使用になりますか？

使う  時々使う  使わない

## ②お口の中についてお伺いします

※歯周病判断テストになります。思いあたる所にチェックをお願いします。

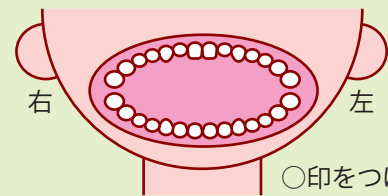
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> 歯ぐきがむずむずしてかゆい          | <input type="radio"/> 歯ぐきが浮いた感じがして腫れぼったい    |
| <input type="radio"/> 冷たいものがしみる              | <input type="radio"/> 歯を磨くと歯ぐきから出血する        |
| <input type="radio"/> 朝起きたとき口の中がネバネバして不快である  | <input type="radio"/> 歯ぐきを押しと血やうみが出る        |
| <input type="radio"/> 口臭を指摘された(自分で口臭があると感じる) | <input type="radio"/> 歯と歯の間に食べ物がはさまりやすい     |
| <input type="radio"/> 歯ぐきの色が赤黒い、歯ぐきが腫れている    | <input type="radio"/> 朝起きたとき、時々頭痛がある        |
| <input type="radio"/> ☆歯を押しとぐらぐらする           | <input type="radio"/> ☆歯ぐきが下がり、歯が長くなった感じがする |
| <input type="radio"/> ☆このごろ、歯並びが変わったような気がする  | <input type="radio"/> 顎が疲れることがある            |

### 1. ホワイトファミリーへご来院された理由をお聞かせください

- |                                |                                      |                                 |                                 |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 定期健診     | <input type="radio"/> 歯石取り(歯のクリーニング) | <input type="radio"/> 虫歯を治したい   | <input type="radio"/> セカンドオピニオン |
| <input type="radio"/> 詰め物がとれた  | <input type="radio"/> 歯周病が気になる       | <input type="radio"/> 親しらず      | <input type="radio"/> 歯を白くしたい   |
| <input type="radio"/> 入れ歯を作りたい | <input type="radio"/> 噛み合せ歯並びを治したい   | <input type="radio"/> その他 _____ |                                 |

### 2. 気になる部位はありますか？

- |                          |                           |                          |                            |                         |                         |  |  |  |  |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> ある | <input type="radio"/> ない  |                          |                            |                         |                         |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> 右上 | <input type="radio"/> 上前  | <input type="radio"/> 左上 |                            |                         |                         |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> 右下 | <input type="radio"/> 下前  | <input type="radio"/> 左下 |                            |                         |                         |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> 歯  | <input type="radio"/> 歯ぐき | <input type="radio"/> 口唇 | <input type="radio"/> アゴ   | <input type="radio"/> 頬 | <input type="radio"/> 耳 |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> のど | <input type="radio"/> 舌   | <input type="radio"/> 粘膜 | <input type="radio"/> リンパ腺 |                         |                         |  |  |  |  |



○印をつけて下さい。

### 3. 症状を感じたのはいつからですか？

- 今日はじめて \_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ カ月以上前から  症状なし  
いつが一番痛かったですか \_\_\_\_\_ 前

### 4. これまでのお痛みの程度をお聞かせください

- |                                 |                                |                                     |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 痛くない      | <input type="radio"/> 痛んだりやんだり | <input type="radio"/> ズキズキ痛みがまんできない | <input type="radio"/> 噛むと痛い    |
| <input type="radio"/> 冷たいものがしみる | <input type="radio"/> 熱いものがしみる | <input type="radio"/> 甘いものがしみる      | <input type="radio"/> 口を開けると痛い |
| <input type="radio"/> 鈍痛        | その他 _____                      |                                     |                                |

### 5. 今現在の痛みは、どの程度ですか？

- |                             |                              |                                     |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 痛くない  | <input type="radio"/> 少しだけ痛い | <input type="radio"/> もう少し痛い        |
| <input type="radio"/> もっと痛い | <input type="radio"/> かなり痛い  | <input type="radio"/> 想像できるもっとも強い痛み |

### 6. 昨夜はいかがでしたか？

- |                            |                                |                            |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 痛くない | <input type="radio"/> 痛かったが眠れた | <input type="radio"/> 眠れない |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|

7. 痛み止めのお薬は何時くらいに何を服用されましたか？

飲んでいない       飲んだ \_\_\_\_\_ 時に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 回

8. 歯に関する治療経験についてお聞かせください

はじめて       ある  
 へいき       こわい       痛かった       懲りている

9. 過去に歯科通院された場合、それはいつ頃ですか？

\_\_\_\_\_ 年      \_\_\_\_\_ カ月前      医院名 \_\_\_\_\_

10. 治療の際、不安に思うことはありますか？

ない       ある →  痛み       治療回数       治療費用      その他 \_\_\_\_\_

11. 歯科の麻酔の経験はありますか？

はじめて       経験がある  
 へいき       こわい       痛かった       気分が悪くなった

12. 歯を抜いたことはありますか？

ない       ある →  血が止まりにくい       出血が多い      その他 \_\_\_\_\_

13. 歯を白くするホワイトニングにご興味はありますか？

ある       あまり興味はない

14. 歯ぎしり、くいしばりはありますか？

ある       ときどき       ない

15. 歯周病菌連鎖って？

知っている       知らない

16. 睡眠時無呼吸って？

知っている       知らない

17. 歯並び、矯正をやりたいですか？

はい       いいえ

※その他ご希望があればご記入ください。

\_\_\_\_\_

### ③おからだの状態についてお伺いたします。(全身疾患)

#### 1. 本日の体調はいかがですか？

- 健康！       過労気味       睡眠不足       風邪気味       少し熱っぽい  
 妊娠中（      ヶ月・予定日      ）       授乳中       生理中  
 肝炎などのウイルス病       皮膚病  
身長 \_\_\_\_\_ cm(任意)      体重(子供) \_\_\_\_\_ kg  
体重(大人)  30kg台  40kg台  50kg台  60kg台  70kg台  80kg台  90kg台  100kg以上

#### 2. ここ半年くらいの体調をおきかせください。

#### 3. アレルギー、花粉症、特異体質はありますか？（卵・牛乳などの食物アレルギーもご記入ください）

- ない  
 ある→症状（じんましん・鼻づまり・その他）  
アレルギーのあるもの  花粉       アトピー       ぜんそく       腸炎       食物（      ）  
 注射または麻酔       牛乳       金属  
 薬（→質問7を必ずお答えください）       その他（      ）

#### 4. 過去あるいは現在かかっている病気はありますか？

- ない  
 ある       1年以内に通院した所（      ）  
 HIV・肝炎（A型・B型・C型）       血圧はどれくらいですか（      /      ）  
 貧血       発熱       高血圧       心臓疾患       骨粗鬆症、カルシウム不足  
 肝臓疾患       腎臓疾患       糖尿病       胃腸       神経科  
 輸血したことがある       手術       ぜんそく       アトピー       ペースメーカー使用  
 その他（      ）

#### 5. かかりつけの病院はありますか？病院名と担当医がおわかりになればお書きください。

- 内科（      ）       整形外科（      ）  
 外科（      ）       産婦人科（      ）  
 耳鼻科（      ）       皮膚科（      ）  
 小児科（      ）       心療内科(神経科)（      ）  
 その他（      ）

#### 6. 現在服用されているお薬はありますか？（サプリメントも含む）来院時に投薬説明書や、健康手帳をお持ちください。

- いいえ       はい      薬の名前（      ）  
 血液サラサラにする etc 抗血剤       ビスフォスフォネート（骨粗鬆症治療薬）

#### 7. 今までお薬を服用して変わったことはありませんでしたか？

- ない  
 ある      薬の名前（      ）  
 発疹       かゆくなる  
 その他 症状（      ）





## ②生活習慣についてお伺いたします。

### 1. お酒・たばこは？

- お酒  飲まない  付き合い程度  飲む 種類 ( ) ( ) 回/週 ( ) 本/日  
 たばこ  喫煙経験なし  吸った事はあるが今は禁煙 ( ) 年前に ( ) 年間喫煙  
 喫煙 ( ) 本/日 ( ) 年

### 2. 以下のような病気を指摘されたことはありますか？

- ない  
 ある →  メタボリックシンドローム  心身症  不眠症

### 3. 体脂肪率はどのくらいですか？

- 低い  やや低い  標準  やや高い  高い  不明 (測っていない)
- 標準値 (男性)
- |        |        |
|--------|--------|
| 17～30歳 | 14～20% |
| 30歳以上  | 17～23% |
- (女性)
- |        |        |
|--------|--------|
| 17～30歳 | 17～24% |
| 30歳以上  | 20～27% |

### 4. 睡眠時間は？

- < 夜 >  規則正しい 平均 \_\_\_\_\_ 時間/日 夜 就寝時刻 \_\_\_\_\_ 朝 起床時刻 \_\_\_\_\_  
 不規則
- < お昼寝 >  しない  する 平均 \_\_\_\_\_ 時間/日  たまにする

### 5. 食事時間は？

- 不規則  規則正しい
- 好き嫌い  なし  あり (嫌いなもの) \_\_\_\_\_
- 朝食は  食べない  食べる  
 和食(米食)  洋食(パン食)  フルーツ  ヨーグルト  ドリンク  
 シリアル  コンビニ  その他  
 主に何を \_\_\_\_\_ 時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃
- 昼食は  食べない  食べる  
 手作り弁当  給食  コンビニ  外食  
 主に何を \_\_\_\_\_ 時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃
- 夕食は  食べない  食べる  
 和食  洋食  コンビニ・お惣菜  外食  
 主に何を \_\_\_\_\_ 時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃
- 間食は  なし  食べる  
 10時  15時  その他  
 主に何を \_\_\_\_\_ 時間帯 \_\_\_\_\_ 時頃

### 6. 1日に何を何CCくらい飲みますか？

- 乳酸飲料  牛乳  豆乳  ジュース  お茶 (ほうじ茶、麦茶 他)  
 水  炭酸飲料  スポーツドリンク  その他 \_\_\_\_\_  
 およそ500CC  500CC～1リットル  1リットル  1～1.5リットル  1.5リットル以上

### 7. 以下のものを召しあがりますか？

食品	頻度	毎日食べる	たまに食べる (1回/週程度)	ほとんど食べない (1回/月以下)
ガム (キシリトール以外)				
あめ・キャラメル・チョコレート				
菓子パン				
スナック菓子				
プリン・ゼリー				
乳酸菌飲料				
砂糖入りコーヒー・紅茶				
清涼飲料水・スポーツドリンク				
果汁入り飲料				
アイスクリーム・氷菓				
果物				
おせんべい・和菓子				
上記以外の菓子				

### 8. レクリエーション、趣味etc. (ご趣味や好きなこと、よくなさることなど何でもお書きください)

---



---



---



---



---

### 9. お風呂について

- 毎日                       一日おき                       それ以外 \_\_\_\_\_
- お風呂                       お風呂
- シャワー                       シャワー
- 入浴時間 \_\_\_\_\_ 分

### 10. 運動について

- 毎日                       週3~4日                       週2~1日                       しない
- する方→ \_\_\_\_\_ 時間くらい

### ③お仕事・学校・習い事についてお伺いします。

1. お休みは週何日ですか？

\_\_\_\_\_日  不定期

2. 仕事（学習・習い事）時間は？

月  火  水  木  金  土  日  
\_\_\_\_\_時～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_時～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_時～ \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_時～ \_\_\_\_\_時

3. 昼食の休憩時間は？

\_\_\_\_\_時 ～ \_\_\_\_\_時まで

4. 仕事の時間帯及び残業時間は？

時間帯 \_\_\_\_\_時 ～ \_\_\_\_\_時まで 残業時間 1日 \_\_\_\_\_時間ぐらい \_\_\_\_\_週 \_\_\_\_\_時間ぐらい

5. 帰宅時間について

職場（学校・教室）を出る時間 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分頃 家につく時間 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分頃

6. 仕事・学校・習い事でストレスを感じますか？

感じない  感じる →  少し  かなり

7. ストレスを解消できていますか？

できていない  できている → 解消法は \_\_\_\_\_

最後までご記入いただき、  
ありがとうございました！

個人情報、大切に

**厳重に**

管理させていただきます。



※個人情報の取扱については、  
別紙にプライバシーポリシーを  
ご参考下さい。