

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 ☐ 男 ☐ 女
ご住所 〒			
TEL	携帯		
緊急の連絡先			
職業 (具体的に)	ご家族 ☐ 独身 ☐ 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 ☐ 希望する ☐ 希望しない			
通院にご都合のよい曜日・ご希望の曜日 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日		時間帯 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 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 ☐ 糸のみ (糸ようじ) ☐ Yホルダー	☐ 歯間ブラシ	☐ ハブラシ	☐ 歯みがき剤	☐ 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 ADR 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がありますか。

☐ 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。

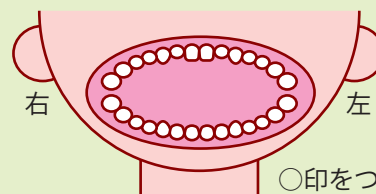
- | | |
|--|---|
| ☐ 歯ぐきがむずむずしてかゆい | ☐ 歯ぐきが浮いた感じがして腫れぼったい |
| ☐ 冷たいものがしみる | ☐ 歯を磨くと歯ぐきから出血する |
| ☐ 朝起きたとき口の中がネバネバして不快である | ☐ 歯ぐきを押すと血やうみが出る |
| ☐ 口臭を指摘された（自分で口臭があると感じる） | ☐ 歯と歯の間に食べ物がはさまりやすい |
| ☐ 歯ぐきの色が赤黒い、歯ぐきが腫れている | ☐ 朝起きたとき、時々頭痛がある |
| ☐ ☆歯を押すとぐらぐらする | ☐ ☆歯ぐきが下がり、歯が長くなった感じがする |
| ☐ ☆このごろ、歯並びが変わっ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

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

2. 気になる部位はありますか？

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ☐ ある | ☐ ない | | | | |
| ☐ 右上 | ☐ 上前 | ☐ 左上 | | | |
| ☐ 右下 | ☐ 下前 | ☐ 左下 | | | |
| ☐ 歯 | ☐ 歯ぐき | ☐ 口唇 | ☐ アゴ | ☐ 頬 | ☐ 耳 |
| ☐ のど | ☐ 舌 | ☐ 粘膜 | ☐ 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

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

5. 今現在の痛みは、どの程度ですか？

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 痛くない | ☐ 少しだけ痛い | ☐ もう少し痛い |
| ☐ もっと痛い | ☐ かなり痛い | ☐ 想像できるもっとも強い痛み |

6. 昨夜はいかがでしたか？

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| ☐ 痛くない | ☐ 痛かったが眠れた | ☐ 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. 歯に関しての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、くいしばりがありますか？

☐ 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（ ）

