

# 予 診 表

本日の日付をご記入下さい

予診表-⑤

年 月 日

ふりがな			
お名前	男 ・ 女		
生年月日	大 昭 平	年	月 日 ( 才 )
ご住所	〒		
ご連絡先	携帯番号	—	—
	自宅電話番号	—	—
ご勤務先			
ご紹介者	様 ( ご家族様 ・ 勤務先知人 ・ 友人 ・ 医師 )		

- ★ あなたの体質を知ることは、より良い診療をする為に必要です。この表は歯科治療をスムーズに行う為の大切な参考資料となります。できるだけ正確にお答えいただき、該当するものにチェックを入れて下さい。
- ★ お薬手帳をお持ちの方は受付にお申し出下さい。
- ★ 当有心会グループでは、治療の流れや料金設定が統一されております。そのため他分院でのセカンドオピニオンは原則お受けいたしておりません。再カウンセリングご希望の方は、同医院で承っておりますのでお申し出ください。(※治療内容によりましては再カウンセリング料が必要となります。)
- ★ 事情により転院を希望される場合、治療内容によりましては転院手続きの際の事務手数料が必要となります。

●クリア歯科で治療を受けられたことはございますか？受けられたクリニックにチェックを付けてください。

いいえ はい → 東京院 新宿院 新宿モノリス院 池袋院 名古屋院  
滋賀石山院 京都院 なんば院 心斎橋院 大阪院 第2大阪院 神戸院

●当院以外(歯医者)で最後に治療を受けられたのは、いつですか？またその治療内容は？

年 月 日 治療内容( )

●治療について

できるだけ毎回詳しい説明をしてほしい  
悪いところは全部治したい 保険の範囲内で治療したい  
もっとも良い資材と方法で治療してほしい 痛い所だけ治したい  
なるべく保険で、それ以外は説明してほしい 相談の上で決めたい  
できるだけ回数を少なく、1回あたりの時間を長く 担当医制でなくても良いので、出来るだけ日にちを詰めて治療に通いたい  
回数が増えても毎回時間内で終えてほしい  
その他 ( )

●ご希望の曜日・時間 ( 曜日 ) ( 午前 ・ 午後 ・ 時頃 )

●どうなさいましたか？

むし歯がある 歯が痛い 歯ぐきが痛い  
歯の清掃をしてほしい 検診をしてほしい インプラント相談  
入れ歯の具合が悪い ホワイトニング相談 詰めもの・被せ物がとれた  
審美相談(見た目をきれいにしたい) 矯正相談 その他 ( )

●それはどこですか？

右上 前上 左上  
 右下 前下 左下 全部 その他

●いつ頃からですか？ (痛みのある方へ)

( ) 日前  ( ) カ月前  
その他 ( )

●どのように痛みますか？ (痛みのある方へ)

ズキズキ痛い 噛むと痛い ときどき痛い 冷たい物がしみる  
熱いものがしみる その他 ( )

裏へ続く

## ●歯を抜いたことがありますか？

いいえ はい → ( ) 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)

いいえ  
はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た  
その他 ( )

## ●歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

いいえ はい

## ●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)

いいえ はい (症状 )

## ●歯ぎしり、くいしばりはされますか？

いいえ はい わからない

## ●薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？

いいえ  
はい → 胃痛 発疹 かゆみ その他 ( )

## ●現在及び過去にかかった病気はありますか？

いいえ 心臓 肝炎 (A・B・C) 腎臓  
貧血症 高血圧 低血圧 糖尿  
骨粗しょう症 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍  
喘息 脳卒中 認知症 H I V その他 ( )

## ●現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (病名： 薬品名： )

## ●現在おタバコは吸われますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい 1日 ( ) 本 現在の喫煙歴 ( ) 年

## ●過去におタバコを吸われたことはありますか？(※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい ( ) 年前に約 ( ) 本/1日 ) 過去の喫煙歴 ( ) 年

## ●治療における痛さについて

特に弱い 弱い ふつう 強い

## ●お引越しのご予定はございますか。

いいえ はい ( ) 年 ( ) カ月後に引越し予定) ⇒引越し予定先は？[ ]

## 【女性の方へご質問いたします】

## ●現在、妊娠していますか？

いいえ はい ( ) カ月  
わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

## ●現在、授乳中ですか？

いいえ はい

★ 当院では原則として担当医制をとっております。ご希望の担当医があれば遠慮なくお気軽にお申し出下さい。可能な範囲で対応させていただきます。(混雑状況などにより一部ご希望に添えない場合も生じます。)ご理解の程、お願い申し上げます。  
 医療法人社団 有心会 ver.180122

# インプラント予診表

様

記入日付 年 月 日

## はじめに

ここ近年インプラントは急速な進歩をとげて参りましたが、未だ審美的、機能的に自分の歯と全く同等とまでは申せません。この点で患者様の望まれるレベルでの審美的、機能的回復が困難であろうと予測される場合、お断りさせていただくこともございます。又、問診結果やCT診断により、あらかじめ手術をお断りさせていただくか、リスクを御納得の上で、保証限定の形でお受けさせていただく場合がございます。詳しくは担当医、スタッフにお聞き下さい。

また、患者様の体質、既往歴を知ることは、手術法の変更等、より成功率の高いインプラント治療をスムーズに行う為の大切な参考資料となります。該当するものに○印、及び数値をご記入下さい。(尚、ご返答内容と異なる事実が後日判明した場合は、**保証制限の対象**となりますので、わかる範囲で、できるだけ正確にお答えください。)

未成年者 はい (満 歳) ・ いいえ

※未成年の方の場合、歯を失った経緯や原因、現在の全身状態・口腔内の状態によっては手術をお受けできかねますのでご了承ください。なお、手術前には必ず保護者様の同意が必要となります。

歯を失った経緯・・・ ( )

その原因・・・・・・ ( )

歯ぎしり

無し ・ 有り又は指摘されたことがある ( 過去 ・ 現在 ) ・ わからない

くいしばり

無し ・ 有り ( 過去 ・ 現在 ) ・ わからない

糖尿病

無し ・ 指摘されたが治療せず又は中断 ・ わからない

治療中( 数値 HbA1c ) 薬品名( ) 完治( 年前)

歯周病

軽度 ・ 重度 ・ わからない

骨粗鬆症

無し ・ 有り( 骨密度の数値 %) 薬品名( )

喫煙歴 (※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

無し ・ 有り( 過去  年前に約  本/1日 ・ 現在  本/1日 )

抗癌剤の服用

無し ・ 有り( 過去 ・ 現在 ) 薬品名( )

