

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 () か月後に引越し予定) ⇒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

ホワイトニング問診表

様 記入日付 年 月 日

この問診表はホワイトニングを安心して受診していただく為にご記入して頂くものです。
内容は当院診療関係者以外の目に触れるものではありません。ご安心くださいませ。

* 現在何かの疾患で通院中ですか？

いいえ : はい (病名)

* アレルギーがありますか？

いいえ : はい (薬、食べ物、太陽光線、ほこり、その他)

* 6ヶ月以内に目の病気になったり近視、乱視矯正手術を行いましたか？

いいえ : はい

* 3ヶ月以内にピーリング(老化角質除去手術)などの美容外科手術を行いましたか？

いいえ : はい

* 脱毛、その他美容的治療、光線治療などでドクターストップを言われたことは
ありませんか？

言われていない : 言われた (年 月 頃)

* 過去に病院で無カタラーゼ症と診断されたことはありますか？

いいえ : はい

* 現在、妊娠中、あるいはその可能性がありますか？

いいえ : はい (出産予定日 年 月)

* 以前、歯に強い衝撃を受けたことがありますか？

いいえ : はい

* 喫煙されますか？

いいえ : はい (1日 本)

* コーヒー、お茶、赤ワイン、コーラなど1日に多く摂取しますか？

いいえ : はい

* 受けたいホワイトニングの種類は決まっていますか？

オフィスホワイトニング：ホームホワイトニング：相談して決めたい

* 種類の決まっている方におたずねします。

決めた理由 ()

* ホワイトニングの経験はありますか？

いいえ : はい (年 月 頃) 名称 ()

* はいの方におたずねします。その時満足されましたか？

満足した : 満足しなかった (その理由)

* ホワイトニング終了時期に期限がありますか？

いいえ : はい (年 月 日)