

# CLINICAL SHEET

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 お子さんの人数 人 生年月日 西暦 年 月 日 歳
ご住所〒  E-mail	自宅 TEL _____ - _____ - 携帯 TEL _____ - _____ - 電話が繋がりやすい時間 <input type="checkbox"/> _____ 時～_____時 <input type="checkbox"/> 何時でもよい
勤務先名  職種 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( ) TEL( )	緊急時に必ず連絡のつく連絡先  <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族( ) TEL( )
<b>当院を知ったきっかけは何ですか？</b>	
<input type="checkbox"/> 知人の紹介 紹介者 _____ 様	<input type="checkbox"/> SNS ( <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> グーグルマップ <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> YouTube )
<input type="checkbox"/> 家族の紹介 来院しているご家族がいる場合は全ての方の お名前をご記入ください。 ( )	<input type="checkbox"/> 医院前を通った <input type="checkbox"/> その他 _____
<input type="checkbox"/> 他医院からの紹介 医院名 _____ 様	

## 本日の来院理由

- 歯が痛い、しみる 歯ぐきのトラブル 検診したい 歯石を取りたい 口臭がある ヤニ  
かぶせ、詰め物がとれた 歯並び 歯の色が気になる インプラント相談 矯正相談 ホワイトニング  
セカンドオピニオン 咬めない その他 \_\_\_\_\_

## 現在治療中、過去にかかった病気はありますか？

- ない  
高血圧( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg) 糖尿病(血糖値： \_\_\_\_\_ )(HbA1c %)  
心臓病( 心筋梗塞 弁膜症 狭心症 先天性疾患 その他) ペースメーカー 脳梗塞  
脳出血 ぜんそく( 気管支 アスピリン ) 肝炎治療中・治癒(B型・C型) HIV てんかん  
骨粗鬆症( 服薬：名称 \_\_\_\_\_ ) 注射(開始時期：  
高脂血症(高コレステロール) シェーベーゲン症候群 アレルギー(具体的に \_\_\_\_\_ )  
リウマチ その他( \_\_\_\_\_ )  
かかりつけ医院( \_\_\_\_\_ ) 診療科( \_\_\_\_\_ ) 主治医( \_\_\_\_\_ )

## 現在飲まれているお薬はありますか？

- ない ある(名称： \_\_\_\_\_ )

## お薬のアレルギーはありますか？

- ない ある(名称： \_\_\_\_\_ )

身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg) BMI( \_\_\_\_\_ ) 来院時血圧( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ) 脈拍( \_\_\_\_\_ )

## 過去に歯科治療を受けて何か異常はありませんでしたか？

ない ある (麻酔が効かなかった 気分が悪くなった 血が止まらなかった)

その他 \_\_\_\_\_

## 妊娠、あるいは妊娠している可能性がありますか？

授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠している(かもしれない) \_\_\_\_\_ヶ月 (出産予定\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月) はい いいえ

## ご両親に関して下記にあてはまるものはありますか？

糖尿病 (父 母) 高血圧 (父 母) 歯周病 (父 母)

部分入れ歯 (父 母) 総入れ歯 (父 母)

最後に歯医者に治療に行った日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 病院名\_\_\_\_\_

治療の内容 \_\_\_\_\_

最後に歯石を取った日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

歯周病の手術を行ったことがありますか？

ない ある (\_\_\_\_)歳のとき

あなたはこの中で、気になる項目はありますか？

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石 歯ぐきが赤い 腫れている 時々、出血する 歯の色

歯の形 歯のすき間 歯並び かぶせの色 かぶせの形 歯ぐきの色 歯ぐきの形

## 治療で重視すること

できるだけ良い治療を受けたい お話を聞いた上で、最適な治療を受けたい

その他 \_\_\_\_\_

## 過去、歯科医院に受診していて不安だったことはありましたか

説明が無かった 痛かった 治療費が分かりづらかった その他 \_\_\_\_\_

## 喫煙習慣(時期によって喫煙本数がちがう場合は分けて書いてください)

過去 なし あり

現在 なし あり

喫煙期間と本数 (\_\_\_\_)歳～(\_\_\_\_)歳 1日(\_\_\_\_)本 (\_\_\_\_)歳～(\_\_\_\_)歳 1日(\_\_\_\_)本

禁煙期間 (\_\_\_\_)歳～(\_\_\_\_)歳 (\_\_\_\_年 ケ月間) (\_\_\_\_)歳～(\_\_\_\_)歳 (\_\_\_\_年 ケ月間)

## くいしばり、はきしりの自覚がありますか？

マウスピースを作ったことがありますか？

ない ある

ない ある 現在使用中

## 当院を選んだ理由

各専門領域に長けた歯科医師が在籍しているから 総社、倉敷に2院ある大手法人で安心だから

矯正、ホワイトニング、インプラントとレベル高い医療を提供しているから

マイクロ・CT、口腔内スキャナーなど最新の設備が揃っているから

予防歯科に力を入れているから

検査・説明をしっかりとっているから

Google 口コミで高い評価だったから

小児に力を入れており、親子で通える歯科医院だから

専門機器を用いて滅菌・消毒をしっかり行っているから

その他ご希望があればお聞かせください