

# CLINICAL SHEET

記入日： 年 月 日

ふりがな お 名 前 _____ ご 住 所 〒 _____ E-mail _____ 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( )	<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 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 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( )
---	---

## 当院を知ったきっかけは何ですか？

☐知人の紹介

紹介者 \_\_\_\_\_ 様

☐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。

( )

☐他医院からの紹介

医院名 \_\_\_\_\_ 様

☐SNS

( ☐ホームページ ☐Instagram  
☐グーグルマップ ☐クチコミ ☐YouTube )

☐医院前を通った

☐その他 \_\_\_\_\_

## 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) ☐シェーグレン症候群 ☐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 \_\_\_\_ヶ月間) (\_\_\_\_)歳～(\_\_\_\_)歳 (\_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月間)

くいしばり、はぎしりの自覚がありますか？

☐ない ☐ある

マウスピースを作ったことがありますか？

☐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・説明をしっかりとしているから

☐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・消毒をしっかりと行っているから

その他ご希望があればお聞かせください