

予診表 星野歯科駒沢クリニック 03-5486-8440 年 月 日

フリガナ 氏名		住所	〒 -
性別	男 ・ 女	自宅電話	- -
生年月日	年 月 日	携帯電話	- -
勤務先名		勤務先電話	- -
ご紹介者の氏名	_____様 <input type="checkbox"/> 御家族 <input type="checkbox"/> 御友人 <input type="checkbox"/> 職場関係者 <input type="checkbox"/> その他		
ホームページ	<input type="checkbox"/> 見ていない <input type="checkbox"/> 部分的に見た <input type="checkbox"/> 詳しく見た		
どうなさい ましたか	<input type="checkbox"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> かぶせ物や詰め物を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 漂白(ホワイトニング)をしたい <input type="checkbox"/> ワイヤー矯正で <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> マウスピース矯正で <input type="checkbox"/> 虫歯の予防をしたい(細菌検査) <input type="checkbox"/> かぶせ物で <input type="checkbox"/> 歯石・ヤニ・着色(茶シブ)の除去 <input type="checkbox"/> セカンドピニオン <input type="checkbox"/> その他()		
痛むところは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> その他		
いつから	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> __日前から <input type="checkbox"/> __ヶ月前から		
今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い		
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 触れると痛い <input type="checkbox"/> 冷たいものが痛い <input type="checkbox"/> 温かいものが痛い		
抜歯をした事	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (乳歯 ・ 永久歯 ・ 親知らず)		
歯を抜いた時 何か異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 何日も痛みがあった <input type="checkbox"/> 熱が出た		
麻酔で異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
特異体質や アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー() <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 貧血をおこしやすい <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> その他()		
内科健康診断	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けていない <input type="checkbox"/> 1年以内に受けた		
今までに された病気	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺() <input type="checkbox"/> シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> その他()		
服用中の薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()		
鼻の病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 上顎洞炎(蓄膿症)		
骨粗鬆症は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 現在妊娠__ヶ月 <input type="checkbox"/> 現在授乳中		
飲酒について	<input type="checkbox"/> あまり飲まない <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に__回 1回あたりの量は_____を_____ぐらい		
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 1日に__本 喫煙歴__年		
治療範囲は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今1番気になるところだけで良い		
予約のご希望	<input type="checkbox"/> 月 火 水 木 金 土 午前__時頃 午後__時頃		
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある		
その他ご要望			

Case No	Name	Age	Date			
顎の関節についての質問です。該当すると思われる欄に○を記入して下さい。				は	い	いいえ
1.	口を開けたり閉じたりするとき、あごの関節で音がしたことがありますか。	右	左			
2.	大きな口を開けづらいことがありますか。					
3.	食べものをかみやすい側がありますか。	右	左			
4.	あごがはずれたことがありますか。					
5.	食後、あごがだるくなることがありますか。					
6.	食事やあくびなどで大きな口を開けたとき、あごが痛くなることがありますか。	右	左			
7.	食べものをかんだり歯をくいしばったとき、あごが痛むことがありますか。	右	左			
8.	あごを動かさないときでも痛むことがありますか。	右	左			
9.	あごや頭もしくは首に怪我をしたことがありますか。					
10.	耳の奥や耳の周囲が痛むことがありますか。	右	左			
11.	耳鳴りがしますか。	右	左			
12.	肩こりや後頭部の痛みがありますか。	右	左			
13.	手足が痺れたりしますか。	右	左			
14.	頭痛がありますか。					
15.	眼に圧迫感や違和感をもったことがありますか。	右	左			
16.	口を閉じたり、かんだり、物を飲みこむときに邪魔になる歯がありますか。	右	左			
17.	朝起きたとき、あごの痛みやこわばり、あごが引っかかって開かない感じがしますか。	右	左			
18.	誰かに歯ぎしりをする、と言われたことがありますか。					
19.	かみしめ癖がありますか。					
20.	口を閉じるとき、口を閉じる場所を探さなければならないと感じたことがありますか。					
21.	以前に咬み合わせを治す為に歯を削った、あるいは顎関節症の治療を受けたことがありますか。					

カルテNo	Name	Age	Date
① 鼻・のどの病気			
i 扁桃腺はよく腫れますか？		いいえ・はい（どんな時）	
ii 扁桃腺やアデノイドの手術をされましたか？		いいえ・はい（才頃）	
iii 鼻はよくつまりますか？		いいえ・はい	
iv 昼間よく口を開けていますか？		いいえ・はい	
v 夜寝ているとき口を開けていますか？		いいえ・はい	
vi いびきをかきますか？		いいえ・はい	
② 矯正治療の経験		ない・ある（才～才まで）	
③ 家族、親戚や知人に矯正治療を受けた方がいますか？		いいえ・はい 家族（） 親戚（） 知人（）	
④ 歯並びが悪いのに気がついたのはいつ頃ですか？			
<ul style="list-style-type: none"> ・乳歯の時 ・全部永久歯に生えかわってから ・人に言われて気がついた ・乳歯が抜けて永久歯に生えかわる時期 ・だんだん悪くなった 			
⑤ 歯並びのほかに何か気になるところがありますか？			
<ul style="list-style-type: none"> ・歯の色 ・歯の色 ・虫歯 ・歯周病 ・歯の形や色 ・口唇の形や大きさ ・その他（） 			
⑥ 歯並びで一番気になるところは何ですか？ 具体的にご記入下さい。			
例：前歯が出ている			

星野歯科駒沢クリニック 03-5486-8440

〒154-0012

東京都世田谷区駒沢1-3-17 朝野ビル1F、2F、3F

診療時間／月～土曜日 10:00～13:30 15:00～19:00

休診日／日、祝日

最寄駅／東急田園都市線 駒沢大学駅 徒歩2分

駐車場／完全予約制

お使いになられる場合は、事前に受付までお申し出下さい。

