



記入日 : 年 月 日

当院使用欄 NO.		お一人お一人に最適な治療をご提供するために当院ではコミュニケーションを重視しております。 患者様のプライバシーは個人情報保護方針に基づき遵守致します。	
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (満 歳)
ご住所	〒 さいたま市見沼区 市 区		[ご職業]  (会社名: )
TEL ( )	自宅・携帯・勤務先 )		同居している 12歳以下の お子様  人 (子どもさんの年齢) 、 、 歳
ご予約日をメール (SMS) でお届けします <input type="checkbox"/> 配信を希望します 携帯番号 ( - - )			
			当院を受診したことのあるご家族様のお名前

次の各質問にお答えください

※ 複数回答可

1. 本日はどうなさいましたか？

左上	前上	右上
左下	前下	右下

むし歯がある       歯ぐきのトラブル       歯が欠けた  
 入れ歯を作りたい       検査・定期検診を希望       顎が痛い  
 歯周病を治したい       詰め物・被せ物が取れた       歯石を取りたい  
 白い自然な歯に変えたい       歯並びを治した       矯正治療を希望  
 金属の詰め物を除去したい       ホワイトニングをしたい  
 インプラント治療治療希望       予防メンテナンス希望  
 その他のお悩み ( )

■ 症状・ご希望などを出来る限り具体的にご記入ください。

2. 当院をお選びになった理由を教えてください (○を付けて下さい。複数回答可)

ア. 家族・知人の紹介・通院中	イ. 最先端の治療を行っている聞いて
ウ. 職場で勧められて (会社名: )	エ. スタッフの対応が良い聞いて
オ. CTなど最新の設備が整っていると聞いて	カ. ホワイトニングなどの美容のメニューがあると聞いて
キ. ドクターの技術力が高い聞いて	ク. 予防メンテナンスがしっかりしていると聞いて
ケ. 削らない痛みのないむし歯治療ができると聞いて	コ. 知り合いが歯を白くして綺麗になったのを見聞きして
サ. インプラントの名医がいる聞いて	シ. 矯正治療の名医がいる聞いて
ス. むし歯・歯周病の根本原因を取り除けると聞いて	セ. カウンセリングがしっかりしていると聞いて
ソ. ホームページなどインターネットを見て	タ. 電話帳を見て
チ. 評判を聞き昔から来たいと思っていたから	ツ. 看板を見て
テ. 家・職場が近く便利だから	ト. 精密な検査が充実していると聞いて
ナ. 他院からの転院 (転院理由: )	ニ. その他 ( )

↑ 次ページへ続きます

### 3. これまでの歯科治療で、施術中にお身体に問題が起きたことはありますか？

- ありません
- ありました（麻酔が効かなかった ・ 出血が止まらなくなった ・ 気分が悪くなった ）
- その他（ ）

### 4. 現在のお身体の状態についてお聞かせください。

4-1. 今のお身体の健康状態はいかがですか？

- [  よい  ふつう  よくない  通院中  妊娠中（ 月）  授乳中 ]

4-2. これまで、次のような病気にかかったことはありますか？  
（該当するものに ○ をつけてください。）

- ア. 肝炎（A型、B型、C型、アルコール性、その他）      イ. 糖尿病      ウ. 骨粗鬆症  
エ. ガン      オ. 心臓病      カ. 脳卒中など      キ. 腎臓病  
ク. アレルギー（ ）      ケ. 高血圧      コ. 低血圧  
サ. ぜんそくなど      シ. 血液の病気      ス. その他（ ）

### 5. 現在、通院や入院している病院などがあればお聞かせください。

- あり      病院名（ ）      病名（ ）  
    担当医師（ ）      通院期間（ 約 年 月）  
    服用中のお薬があればお教えてください（お薬手帳をお持ちでしたらスタッフにお渡してください）  
    （ ）
- なし

### 6. 生活習慣などについてお聞かせください。

6-1. おタバコは吸われますか？       はい（1日約 本）       いいえ、吸いません

6-2. 継続的に摂取しているサプリメントや美容療法などはありますか？       ある       ない

6-3. これまでに“骨粗鬆症”の治療を受けたことはありますか？       ある       ない

### 7. お食事や健康に関する取り組みについて

7-1. 食事は間食や清涼飲料の摂取などを含め、1日何回摂りますか？      1日平均 回くらい

7-2. ハミガキは1日何回行っていますか？      1日平均 回くらい

7-3. 健康と美容のために、今取り組んでいることはありますか？（具体的に： ）

### 8. ご自身にとって必要なご家庭でのメンテナンス用品についてお知りになりたいですか？

- 必要なものは全て教えて欲しい       自分に合った歯ブラシを知りたい       興味がない



9. お口に関するアンケートについて、下記にお答えください。

質問項目	回答	医院使用欄
● 食事をすると食べ物が歯に詰まるところがある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 冷たいものや、熱いものがしみる場所がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 歯が抜けたままで治療していない場所がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 自分の歯の外観（歯並び・隙間・色・形など）に不満がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 歯を磨くと、歯ぐきから血が出る場所がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 歯ぐきの腫れや下がりが気になる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 過去に治療したブリッジの部分が気になる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 過去に治療した部分の詰め物・かぶせ物の変色などが気になる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 口臭がするのではないかと気になっている	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 歯に歯石やヤニがついていると思う	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 家族に心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病などの全身疾患がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 食事していて、噛みにくさを感じる場所がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 入れ歯が痛い・噛めない・ゆるい・落ちる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 入れ歯の針金など、見た目に不満がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 歯磨きをしっかりしているのにむし歯になりやすい	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 口元のたるみやほうれい線のシワが気になる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 唇や歯茎の色、歯の白さが気になる	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3
● 自分の歯の将来について不安に思う場所がある	はい ・ いいえ	1 ・ 2 ・ 3



10. 当院が取り組んでいる先進歯科医療の中で、気になるものはありますか？

- メタルフリー治療（オールセラミック・ジルコニア等、ノンアレルギー素材を用いた審美治療）
- CTとシュミレーションシステムを用いた安心・安全なインプラント治療
- ORP（オーラルリセットプログラム：根本的にむし歯菌・歯周病菌のリスクを除去する療法）
- 歯周内科療法（歯周病に効く薬で簡単に症状を抑える歯周病治療法）
- ライトタッチ・レーザー治療（ドリルで歯を削らずむし歯を治す最新むし歯治療法）
- 無痛小児歯科治療法（歯医者嫌いのお子様も大丈夫、削らないから痛くない楽しい歯科治療）
- むし歯完全予防法（キシリトールとリカルデントを活用した新しいむし歯予防法）
- SH療法（床矯正）（夜寝る前に着けるだけ。楽に歯列を整える“着脱式”の小児矯正治療法）
- プレオルソ矯正（夜だけ着ける矯正方法。お子様の少し歯並びが気になる場合の小児矯正）
- 着色クリーニング（着色した歯の表面を歯科専用器具で徹底的に磨き上げ、本来の白さを取り戻す）
- ホワイトニング（芸能人のような憧れの白い歯を手に入れたい方のための薬剤を用いた歯を白くする方法）
- バネの目立たない入れ歯（オーダーメイドのピッタリと合う、しっかり咬める、  
見た目も綺麗な入れ歯の製作）

11. いままで歯のクリーニングや健診をしていましたか？

- はい  いいえ（最後に診療を受けたのはいつ頃ですか？）

12. あなたが希望されている治療の方針についてお聞かせください

- A. とにかく治療の質より、かかる費用が少ないことが最も重要である
- B. 費用はできるだけ少ないほうがいいが、ただ痛みを取るだけでなく、現状をしっかり把握し、健康面や見た目も考慮にいったうえで、治療方法を相談しながら検討したい
- C. 今の自分の状態にあった、最善の治療を提案して欲しい

12. その他、ご希望やご不安、ご相談したいことがあればご自由にお書きください。

13. ご希望の曜日・時間帯のご予約が取りづらい場合、キャンセル待ちを希望しますか？

- 希望する  相談して決めたい  希望しない

