天野歯科医院問診票

※医療情報につき秘密厳守にて取り扱います

ふ り が な

ご 氏 名: □男 □女 ご来院日: 年 月 日

生年月日:□昭 □平 年 月 日(歳) □未婚 □既婚

ご 住 所:〒

携帯☎: ご自宅☎: ご勤務先:

メール✉:

＊以下に☑をしてください

01. どうなさいましたか

【 歯 】 □虫歯 □つめ物が取れた □しみる □知覚過敏 □歯の痛み (□噛むと痛い □何もしなくても痛い)
□出来るだけ削らない虫歯治療希望 □神経を抜かない治療希望 □抜歯しない治療希望 □歯が揺れている
□根の根管治療希望 □ヒールオゾン希望 □ホワイトスポット治療希望 □歯の歯質強化希望 □歯を白くしたい

【歯茎】 □歯周病、歯槽膿漏 □歯茎からの出血 □歯茎の腫れ □歯茎の痛み □ペリオトリート(パーフェクトペリオ)希望

【 顎 】 □顎関節症 □顎が痛い □顎から音がする □口が開きづらい □噛み合わせの不調 □肩こりや偏頭痛がある

【その他】 □セカンドオピニオン希望 □歯並びを治したい □入れ歯を作りたい □歯周病菌、虫歯菌の完全殺菌治療希望
□口臭 □口臭測定希望 □顕微鏡での精密治療希望 □歯周病菌と唾液の検査希望 □検診 □クリーニング
□上記以外( )

02. 最近、他院で歯科治療を受けましたか (□ない□ある → 現在治療中/ 年前 / ヶ月前/ 日前)

03. 歯科麻酔で異常はありませんでしたか (□ない□ある□麻酔経験なし →)

04. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (□ない□ある□抜歯経験なし →)

05. 薬やその他のアレルギーはありますか (□ない□ある →)

06. 現在、服用している薬はありますか (□ない□ある →)

07. 現在、体調はいかがですか (□よい□よくない →)

08. 今まで下記の病気にかかったことはありますか、また煙草は吸いますか

□肝炎 (型) □心臓病 □胃腸疾患 □腎臓疾患 □血液疾患
□高血圧(/) □低血圧 □鼻の病気 □てんかん症 □うつ病 □リュウマチ
□煙草 (□吸わない□吸う → 本/日) □その他( )

09. 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか (□ない□ある → 現在 週)

10. 治療についてのご希望は

□痛い歯だけ治したい □診査結果によって決めたい □悪いところは全部治したい
□治療精度向上のため、毎回診察前にペリオトリートで殺菌洗口希望(毎回無料)＊最初にペリオトリートケアを体験いただけます
□毎回新品の使い捨て診察器具を希望(¥540/毎診察時)
□自分専用の新品歯科ドリルの使用希望(下記①～③からお選びください)
① □ドリル本体(ハンドピース)のみ新品を使用希望(¥5,400/毎使用時)
② □ドリル先端の付け替え部分(バー)のみ新品を使用希望(¥1,080/毎使用時 1 本あたり/1 回平均 3 本前後)
③ □①と②両方希望 ＊①②共に衛生面と合わせて治療時の振動や熱の発生を抑え治療精度向上効果があります
□ラバーダム(治療精度向上のため患部への唾液侵入防止用ゴムマスク)が使用可能であれば希望(¥2,160/毎使用時)

11. 当医院にお見えになったのは

□初めて → □ホームページ □書籍 □ご勤務先が近い □ご自宅が近い □ご紹介( )
□前に受診した(年 月頃) □その他( )

12. その他、特別なことがあれば、ご記入下さい

ペリオトリートメール通信:希望(□する□しない) 最新の予防法、治療法、健康法などの最新歯科情報を毎月メールでお送りします