

審美歯科 問診表

年 月 日

フリガナ 氏名	_____
住所 〒	_____
電話 (自宅)	()
(緊急時)	()

予診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。
あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

- 1 本日はどうなさいましたか 歯を白くしたい 歯の色が気になるので相談したい 歯の形が気になる
 歯の色について他人に指摘された 歯の着色が気になる その他 ()
- 2 当院にお見えになったのは はじめて 前に来たことがある (カ月前 ; 年前)
 通院中
- 3 ご自分歯の色についてどのように感じておりますか 白い 普通 黄色い
 濃い 暗い その他 ()
- 4 歯の色が気になり始めたのはいつ頃ですか 物心ついた頃から 中学生頃永久歯になってから 1～3年前から
 ここ数ヶ月 その他
- 5 長期にわたって抗生剤を服用した既往はありますか はい (年前頃)
 いいえ
- 6 嗜好品について当てはまる物と 1日量をお答えください コーヒー (杯) 緑茶 (杯) フルーツティー (杯)
 炭酸飲料 (杯) 喫煙 (本) 赤ワイン (杯)
 お酢 (ml) 紅茶 (杯) ジュース (杯)
- 7 毎日 (定期的に) 召し上がる色の濃い食べ物がありますか はい 何ですか ()
 いいえ
- 8 1日の歯磨きの回数をお答えください 1回 2回 3回 毎食後と就寝前
- 9 1回の歯磨きの時間はどのくらいですか 1～3分 3～5分 5分～10分 10分以上
- 10 お使いの清掃道具を 全ておこたえください 歯ブラシ 電動・音波ブラシ デンタルフロス 歯間ブラシ
 歯磨剤 (商品名) その他 ()
- 11 今までにホワイトニングの経験はありますか 歯科医院に通って行うホワイトニング法 オフィスホワイトニング (年前)
 ご自宅でトレーに薬を入れて行うホワイトニング法 ホームホワイトニング (年前)
 市販のホワイトニング剤、またはホワイトニング効果のある歯磨き剤を使用したことがある
(商品名) (年前)
- 12 上記でホワイトニング経験がある方にお尋ねします ホワイトニング効果はありましたか? はい・いいえ
 効果に満足されましたか? はい・いいえ
 後戻りはありましたか? はい・いいえ
- 13 アレルギーや特異体質はありませんか ない 薬剤 () 金属 () ぜんそくがある
 じんま疹が出る 鼻がつまる 食べ物 () その他 ()
- 14 全身疾患はありますか? ない ある () ・いつからですか? () わからない
- 15 現在妊娠中か授乳中または あるいは妊娠の可能性はありますか? ない 妊娠の可能性
 妊娠中 (ヶ月) 授乳中
- 16 当科をどこでお知りになりますか 当医院に治療中で院内掲示を見た ホームページを見た
 知人の紹介を受けた () 様よりご紹介 その他 ()
- 17 現在の健康状態は (男女とも) 良好 普通 悪い