

フリガナ		男・女	生年月日	年齢	血液型
お名前			明・大・昭・平	年 月 日生	歳
ご住所	〒	(自宅) TEL			
		(携帯) TEL			
		(メールアドレス)			
勤務先		(勤務先) TEL			
こちらから連絡してもよい連絡先		自宅	携帯	メールアドレス	勤務先

※お答えは、○印で囲んでください

①当院をどのようにしてお知りになりましたか？ 1.インターネットまたはホームページをみて 2.知人・家族の紹介(様のご紹介) 3.家・職場が近所なので 4.その他()	⑦麻酔をしたときの異常は？ 1.ある () 2.ない
②どうなさいましたか？ 1.歯や歯ぐきが痛い 2.つめもの・差し歯がとれた 3.あごが痛い 4.治療が必要だと思う歯がある。 5.歯がぐらぐらする・血がでる 6.歯石をとりたい(クリーニング) 7.入れ歯が合わない・痛い・作りたい 8.歯並び・かみあわせが気になる 9.口臭が気になる、口腔内が乾燥する、のどが渇く 10.インプラント希望・相談 11.歯を白くしたい(ホワイトニング) 12.口の中を全体的に検査したい 13.他医院にて治療中であるが転院希望(セカンドオピニオン) 14.その他()	⑧今、他の病院に通院していますか？ 1.はい ()科 2.いいえ
	⑨現在飲んでいるお薬やサプリメントがありますか？ 1.はい お薬の名前() 2.いいえ サプリメント()
③今の健康状態は？ 1.普通 2.よくない() 3.疲れやすい 4.妊娠中(ヶ月) (予定日) 5.授乳中(ヶ月のお子様)	⑩医師に服用にあたって注意が必要といわれたお薬はありますか？ 1.はい お薬の名前() 2.いいえ
	⑪食生活について 1.タバコを吸う(1日に 本)、過去に吸っていた(本) 2.甘い物を好んで食べる(あめ、菓子パン、ジュース含む) 3.牛乳をよく飲む 4.冷たい物(飲み物含む)を好む
④今までにかかった病気は？ 1.なし 2.ある 病名() 糖尿病、心臓病、腎臓病、肝臓病、蓄膿 血液疾患、高血圧症、貧血、心療内科	⑫この機会に・・・ 1.悪いところは全部治したい 2.痛むところ、気になるところだけ希望
	⑬診療内容に対する希望は？ 1.全部保険の範囲内で治したい 2.よい治療法があれば説明を聞きたい 3.最短で最良な治療を望むので保険外を希望
⑤アレルギー、ぜんそく、しっしん、じんましんなどありますか？ 1.はい () 2.いいえ	⑭ その他(各種検査、最新治療等) ※保険外診療 1.RD テスト(虫歯リスク検査)を希望する(¥1,000) 2.口臭検査を希望する(¥5,000) 3.専門の外来を希望(口臭・虫歯最先端治療・歯周病) (1.2.より更に詳しく分析します。) 4.スカイ10(全身スキャン健康診断) 5.毛髪検査(体内ミネラル検査) 6.ゲノム検査(ガン遺伝子、生活習慣病遺伝子等) 7.栄養療法(歯科疾患根本原因療法) ※説明ご希望の際は受付又はスタッフにお尋ねください。
⑥歯を抜いたときの異常は？ 1.ある () 2.ない	

全身関連予診票(チェックマークをご記入下さい)

記入日 年 月 日

氏名 _____

1、口腔内の症状

- () 口の中がヒリヒリした感じ
- () 舌がザラザラした感じ
- () 唾液が出過ぎることがある
- () 唾液が少なく口が渇く
- () 歯茎から血がにじむことがある
- () 舌が腫れぼったくなる
- () 歯の周りの骨がやせてきた
- () 歯の周りの歯茎が下がってきた。
- () 口臭がする
- () 歯が痛くなることがある
- () あごが痛くなることがある
- () 口内炎がしやすい
- () 歯ぎしりがある
- () くいしばる事がある
- () 歯がしみる
- () 口が開かなくなったり、閉じなくなったりする

2、胃腸について

- () 逆流性食道炎と言われたことがある
- () 胃腸があまり強くない
- () 下痢をしやすい
- () 便秘傾向にある
- () 胃酸過多、胸やけ傾向がある
- () 胃が膨張する感覚がある
- () 腹部けいれん、下腹部痛がある

3、神経障害

- () めまいがする
- () 頭痛、偏頭痛がある
- () 日々、疲労感がある
- () 睡眠障害がある(不眠、悪夢等)
- () 震えがある(手、足、唇、舌、まぶた等)
- () 手がしびれる
- () 足がしびれる
- () 足がつる
- () 手足の冷え、悪寒がする
- () 味覚障害がある
- () 嗅覚障害がある
- () 発汗過多傾向(手足など)
- () 頻尿である

4、筋肉と関節

- () 腰や背中の痛みがある
- () 筋肉痛がある
- () 首や肩の痛みがある
- () 膝の痛みがある
- () 手や指の痛みがある
- () 筋肉の弱りを感じる
- () 歩行困難がある
- () 首を回すのが困難である

5、循環器系

- () 不整脈があり
- () 呼吸困難がある
- () 動悸がする
- () 呼吸が浅く、不規則である。
- () 咳をよくする
- () 喘息もち

6、皮膚

- () アクネ(ニキビ)がある
- () 身体の一部に肌荒れがある
- () 発疹、湿疹がしやすい
- () 皮膚のかゆみがある
- () アトピーがある

7、免疫、アレルギー

- () 風邪やインフルエンザにかかりやすい
- () 風邪が治りにくい
- () アレルギーがある
- () 花粉症がある
- () 蓄膿症(副鼻腔炎)がある
- () アレルギー性鼻炎がある
- () のどの痛みがある
- () 扁桃腺が腫れやすい
- () リンパの腫れがある

8、感覚器

- () どんどん視力が悪くなる
- () 緑内障がある
- () 目の奥の圧迫感がある
- () 目が渇く(ドライアイ)
- () 光に過敏である
- () 耳鳴りがある
- () 耳の聞こえが悪い

9、精神状態

- () うつ、ふさぎこみがちである
- () 自殺を考えたことがある
- () 気味悪いことがらを思いめぐらす
- () 恐怖心が強い
- () 悪夢をよく見る
- () 幻覚、妄想、錯覚がある
- () 集中力が持続しない、注意散漫である
- () 短期記憶の障害、忘れっぽくなった
- () 適切な言葉が思いつかなかったり、文章が中途半端になる
- () 落ち着かず、神経質
- () イライラしやすい
- () 不安になりやすい
- () 情緒不安定
- () 自信喪失する

10、その他

- () 食欲が減退し、体重が減少する
- () 太りやすく、痩せにくい
- () 脱毛が見られる
- () 年齢のわりに白髪が多い
- () 月経異常がある
- () 甲状腺疾患がある
- () 電磁波に敏感(電子レンジや電子機器等)
- () 後鼻漏がある
- () インフルエンザワクチンを打ったことがある(回位)
- () 子供時代等に3種混合ワクチンを打った
- () マグロ(ツナ缶を含む)をよく食べる
- () クジラ肉をよく食べる