



TANAKA DENTAL CLINIC

Patient Registration Form

ご記入日（西暦） yy mm dd
_____ / _____ / _____

ふりがな

お名前

生年月日（西暦）

年

月

日

血液型

型

Rh ()

*Rh血液型については分かる方のみご記入ください

保護者氏名（ご本人が未成年の場合）

〒
ご住所

電話番号（ご自宅）

電話番号（携帯電話）

ご職業

お勤め先

緊急連絡先

お名前

ご連絡先

ご紹介者氏名



TANAKA DENTAL CLINIC

Basic Health Questionnaire

- 1) 今回歯科治療が必要と思われた理由は何ですか？ _____
- 2) 最後に歯科で治療を受けられたのはいつですか？ _____
- 3) 最後に歯科で検査やクリーニングを受けられたのはいつですか？ _____
- 4) 今まで定期的に歯科医院に通われていましたか？ はい いいえ
- 5) 今までどのくらいの間隔で歯の検査やクリーニングを受けられていましたか？ _____
- 6) 今まで何回くらいお口全体のX線写真を撮影されましたか？ _____ 回
- 7) お口の中の問題は全身の健康に影響があると思いますか？ はい いいえ
- 8) 今までに歯科医院で怖い思いをしたり、不快な経験をされたことがありますか？
はい いいえ
- 9) までの歯科治療に満足されていますか？ はい いいえ
- 10) 現在のご自分の口元や歯の外観に不満がありますか？ はい いいえ
- 11) 健康で自然な歯をできるだけ長く保ちたいと思いますか？ はい いいえ
- 12) 甘いものを頻繁に食べたり飲んだりしますか？ はい いいえ
- 13) 歯肉から容易に出血しますか？あるいは触ると痛みがありますか？ はい いいえ
- 14) 熱いものや冷たいもの、あるいは甘いもので歯がしみることがありますか？
はい いいえ

それはどこですか？ _____

1 5) 咬んだときに歯に痛みを感じることがありますか？ はい いいえ

それはどこですか？ _____

1 6) 歯の間にもものが詰まりますか？ はい いいえ

それはどこですか？ _____

1 7) 食事中は左右両方の歯で噛めていますか？ はい いいえ

もしそうでなければ、何か理由がありますか？ _____

1 8) 食後や会話中に、顔に疲れを感じることがありますか？ はい いいえ

1 9) 耳鳴りや、耳の周囲に痛みがあったことがありますか？ はい いいえ

2 0) 舌が焼けるような感覚を持たれたことがありますか？ はい いいえ

2 1) 氷など固いものを噛む癖がありますか？ はい いいえ

2 2) 日常生活の中で顎の疲れを感じることがありますか？ はい いいえ

2 3) 頻繁に頭痛や首や肩、背中痛みがありますか？ はい いいえ

2 4) お口を開けたり閉じたりするときにカクッ、またはポンツという雑音がありますか？

はい いいえ

2 5) 起きているときに歯ぎしりや食いしばりを自覚されることがありますか？

はい いいえ

2 6) 他の人に睡眠中の歯ぎしりを指摘されたことがありますか？ はい いいえ

2 7) ご自分の口臭が気になりますか？ はい いいえ

2 8) 睡眠中にいびきをかきますか？ はい いいえ

2 9) 他の人から、睡眠中の無呼吸について指摘を受けたことがありますか？

はい いいえ

3 0) 日中、強い眠気に悩まされることが頻繁にありますか？ はい いいえ

3 1) 歯ブラシは強く使われますか、それとも弱く使われますか？

強い 弱い 気にしたことがない

3 2) 1日に何回歯を磨きますか？

回

3 3) 1日に何回デンタルフロスを使いますか？

回

3 4) 普段お使いの歯磨剤は何ですか？（商品名）

3 5) 日常のお口の管理について、専門的な指導を受けたことがありますか？

はい いいえ

3 6) 局所麻酔をしてう蝕などの治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

3 7) 局所麻酔をして抜歯を受けたことがありますか？

はい いいえ

3 8) （抜歯を受けたことがある方へ）抜歯後に血が止まりにくかった経験はありますか？

はい いいえ

3 9) これまでに局所麻酔を受けて気分が悪くなったり、その他何らかのトラブルが起こったことがありますか？

はい いいえ

4 0) 外傷性咬合という言葉をご存じですか？

はい いいえ

4 1) 気づかぬうちに歯肉の内側で歯を支える骨の破壊が起こっていることがある、ということをご存じですか？

はい いいえ

4 2) 現在、歯科医院以外の医療機関に通院されていますか？

はい いいえ

4 3) 定期的に内服されているお薬がありますか？

はい いいえ

4 4) 定期的に注射（自己注射を含む）や点滴を受けていますか？

はい いいえ

* 4 3)、4 4) で「はい」と答えられた方は、ご来院時にお薬手帳をお持ちください。

45) 何かお薬に対してアレルギーがありますか？ はい いいえ わからない

「はい」と答えられた方 お薬名：

46) 何か食べ物に対してアレルギーがありますか？ はい いいえ わからない

「はい」と答えられた方 食品名：

47) 金属アレルギーがありますか？ はい いいえ わからない

「はい」と答えられた方 金属の種類：

48) ラテックスアレルギーがありますか？ はい いいえ わからない

49) ここ数年の間で、全身の健康状態に変化（異常）がありましたか？ はい いいえ

「はい」と答えられた方 具体的な症状：

50) 今までに入院や手術を要する病気にかかったことがありますか？ はい いいえ

「はい」と答えられた方 診断名：

51) 現在喫煙の習慣がありますか？ はい いいえ

52) 現在飲酒の習慣がありますか？ はい いいえ

53) 現在妊娠していますか？（女性のみお答えください） はい いいえ

週目

54) 現在授乳中ですか？（女性のみお答えください） はい いいえ