



当院では、MTM(メディカルトリートメントモデル)を行っております。
 虫歯や歯周病になる原因は、お一人お一人違います。その原因を取り除かずに処置をしたとしても、お口の中の環境が
 変わらなければ再治療を繰り返し、ご自身の歯を処置し続けることにより歯の寿命をどんどん縮めることになってしまいます。
 また、お口の健康維持は全身の健康維持にも深く関係しています。そこで当院は症状のある部位の応急処置後、お一人お一人の
 虫歯のリスクを評価し、その方に合わせた予防プログラムを提案し定期管理を致します。
 患者さんに一生にわたり、自分の歯で豊かで健康な生活を送っていただくことを目的とする診療システムです。

フリガナ お名前	ニックネーム		
生年月日 西暦 年 月 日 生まれ 才	性別 男 ・ 女	身長 cm	体重 kg
保護者氏名	自宅TEL		
	携帯TEL		
ご住所 〒			
家族構成 一緒に住まわれている方	本人 ・ 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 配偶者 ・ 子供(人)		

・当院をどのようにして お知りになりましたか (複数でも可)	<input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者氏名 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家族が通院している(お名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> はってん商店街関係者 <input type="checkbox"/> 前を通りかかった <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> iタウンページ <input type="checkbox"/> インターネット(<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 当院で開催されたセミナー <input type="checkbox"/> その他
・どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせたものがとれた <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 訪問歯科の相談 <input type="checkbox"/> 歯を入れたい、直したい <input type="checkbox"/> 歯茎が気になる <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい(クリーニング) <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 予防歯科に興味がある <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい、ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> その他
・歯科医院での麻酔の 注射をしたことありませ か	<input type="checkbox"/> はい、その時 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 気分悪くなった <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いいえ
・抜歯の経験ありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・お体について質問 します	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 潰瘍(胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(癌) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい
・現在内科や他科で治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(医院名 _____ 病名 _____)
・現在何かの薬を飲んで いますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (薬品名 _____) ※お薬手帳がございましたらおみせください
・アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名・食品名 _____)
・妊娠について	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(_____ ケ月) <input type="checkbox"/> しているかもしれない





・治療は

健康保険の範囲内で治療したい

健康保険と併用で保険の範囲外は相談の上、できるだけ良い治療をしたい

保険外でも最上の治療を行いたい

・通院の曜日・時間帯についての希望はありますか

特になし、その日による 決まった曜日、時間しか来れない

いらっしゃれる曜日、時間に○してください。 14:00まで 14:00まで

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
夕方							

・最後に歯科医院へ行かれたのはいつ？ いつ（ ） 何の処置をしましたか？（ ）

・治療時の麻酔について

歯を治療する時は必ず麻酔をしてほしい

治療してみて痛みを感じたら検討したい

痛みがあっても、できるだけ麻酔はしたくない

※ただし、治療内容によっては医師の判断で治療のはじめから麻酔を行う時があります。

(ex) 神経の処置をする。歯を抜く。痛みにより体が反応し動いてしまうetc)

・今まで歯科にかかって、良かったこと、嫌だったこと（ ）

・材料の希望の優先順位をつけてください

できるだけむしばにならない材料（ ） 必要最低限の安価のもの（ ）

見た目がきれいなもの（ ） 耐久性がよいもの（ ）

・歯ブラシの頻度

朝 昼 夜 毎食後

・歯ブラシの1回の時間は（ ）分くらい

・使用している歯ブラシの種類

歯ブラシ(種類) フロス・糸ようじ・ようじ 歯間ブラシ(サイズわかる方のみ)

洗口剤(種類) 歯磨剤(種類)

・今まで歯科に定期的にメンテナンス(クリーニング)へ行っていた経験がある

あり (1年に1回 半年に1回 3~4ヶ月に1回 毎月) なし

・食生活習慣について

習慣的飲料 なし あり()

間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

・喫煙習慣

なし あり (1日 本くらい)

・予防歯科内容 (今まで歯科で行ったことあるものにチェック)

食事指導 歯磨き指導 歯石除去 フッ素塗布 MIペースト PMTC シーラント

3DS 歯周病ポケット検査 唾液検査 位相差顕微鏡による菌のチェック

・待合室やキッズコーナーでのお子様のけが及び事故、トラブル等については当院では責任を負いかねますので、ご了承ください。

同意します。