

氏名 \_\_\_\_\_ 呼び名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
 紹介者の名前 \_\_\_\_\_ あなたの口腔内の状態は次のいずれに該当しますか？  極めて良い  良い  普通  悪い  
 前回治療を受けた歯科医 \_\_\_\_\_ どのくらいの期間治療を受けていますか？ \_\_\_\_\_ 年と \_\_\_\_\_ か月  
 直近の歯科検査 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 直近のレントゲン撮影 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 直近の治療（クリーニングを除く） \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 次のうち、どの位の頻度で歯科医の診察を受けていますか？  3か月ごと  4か月ごと  6か月ごと  12か月ごと  不定期的  
 あなたの当面の懸念は何ですか？ \_\_\_\_\_

以下の質問に「はい」または「いいえ」で答えてください：

はい いいえ

## 個人履歴



1. 歯科治療が怖いですか？ 1（怖くない）から10（大変怖い）までのスケールで答えてください[\_\_\_\_\_]
2. 歯科治療でいやな経験をしたことがありますか？
3. 過去の歯科治療が原因で合併症を併発したことがありますか？
4. 局所麻酔が効きにくかったり、それに過剰に反応したことがありますか？
5. ブレース、矯正治療または噛合せ矯正の経験がありますか？
6. 今までに抜歯を行ったことがありますか？

## 歯茎と歯骨



7. 歯磨きやデンタルフロス使用時に、歯茎から出血したり痛むことがありますか？
8. 歯周病の治療を受けたり、歯周辺の骨が喪失したと言われたことがありますか？
9. 口の中のいやな味や臭いに気づいたことがありますか？
10. ご家族の中に歯周病の病歴をもつ方がいますか？
11. 歯茎の後退を経験したことがありますか？
12. 歯が勝手にぐらついたり（損傷がない状態で）、りんごが食べにくいことがありますか？
13. 口の中が焼けるような感じを経験したことがありますか？

## 歯の構造



14. 過去3年以内に虫歯になったことがありますか？
15. 口内の唾液量が少なすぎたり、食べ物が飲み込みにくいことがありますか？
16. 歯の咬合面に何らかの穴（微細孔やクレーターなど）を感じたり、それに気づくことがありますか？
17. 特定の歯が、熱さ、冷たさ、咀嚼、甘いものなどに感じますか、また歯磨きの際に口内のどの場所を避けますか？
18. 歯肉線近くで歯に溝や窪みがありますか？
19. 歯に破損または欠損が生じたり、歯の痛みや充填材の亀裂を経験したことがありますか？
20. 歯と歯の間に食べ物がはさまることが頻繁にありますか？

## 噛み合せと顎関節



21. 顎の関節に何か問題がありますか？（痛みや雑音があったり、十分に開かない、またはロックしたり、カクカクする）
22. 上下の歯を噛み合せたとき、下顎が後ろに押されるような感じがしますか？
23. チューインガム、人参、ナッツ、ベーグル、バゲット、プロテイン・バーやその他の固い乾燥した食物を避けたり、食べる時に問題がありますか？
24. 過去5年以内に、歯が短くまたは薄くなったり、磨り減ったりしたことがありますか？
25. 歯並びが悪くなったり、歯と歯の隙間が狭まったり重なり合ったりしていますか？
26. 歯と歯の隙間が広がったり、これまでよりもグラグラしたりしていますか？
27. 上下の歯を噛み合わせるために、2回以上噛み直しをしたり、押し込んだり、顎をずらしたりすることがありますか？
28. 歯と歯の間に舌を入れたり、舌を挟んで上下の歯を閉じたりしますか？
29. 氷をかじったり、爪を噛んだり、歯で物をつかむなどのクセがありますか？
30. 日中に歯ぎしりをしますか、または歯がヒリヒリしますか？
31. 睡眠に関して何か問題があったり（不眠など）、目覚めた時に頭痛がしたり歯が気になったりしますか？
32. 噛み合せ矯正器具を装着していますか、または装着したことがありますか？

## 笑顔の特徴



33. ご自分の歯について、その外観を変えたいと思う点がありますか？
34. 歯のホワイトニング（漂白）の経験がありますか？
35. 歯の外見について不快に思ったり、自意識過剰になったことがありますか？
36. 以前に受けた歯科治療について、失望したことがありますか？

患者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

医師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_