

# 歯科治療歴

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したか？ \_\_\_\_\_ 年と / か月

直近の歯科検査 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 直近のレントゲン撮影 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

直近の歯科治療 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

どのくらい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 ☐ 不定期的に

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」で教えてください：

| 個人履歴                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | はい                       | いいえ                      |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 歯科治療が怖いですか？ 1（怖くない）から 10（大変怖い）までのスケールで教えてください [ ] _____ |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 歯科治療でいやな経験をしたことがありますか？ _____                            |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                      |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 矯正治療または噛み合わせの調整の経験がありますか？ また、それはいつ頃ですか？ _____           |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 今までに抜歯をしたことがありますか？ または、未萌出歯、外傷による歯の喪失はありますか？ _____      |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 歯茎と歯骨                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | はい                       | いいえ                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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？ _____      |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 歯周病の治療を受けたり、歯周囲の骨が吸収したと言われたことがありますか？ _____      |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ご家族の中に歯周病の病歴をもつ方がいますか？ _____                   |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 歯茎の後退を経験したことがありますか？ _____                      |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____ |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 口の中が焼けるような感じ、または痛みを経験したことがありますか？ _____         |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 歯の構造                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | はい                       | いいえ                      |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. 過去3年以内に虫歯になったことがありますか？ _____                                     |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                         |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 歯の咬合面に何らかの穴（微細孔やクレターなど）を感じたり、それに気づくことがありますか？ _____               |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 熱いもの、冷たいもの、甘いもの または咬んだ時に凍みる歯はありますか？ また歯ブラシを避けてしまう部位はありますか？ _____ |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 歯茎の近くで歯に溝や窪みがありますか？ _____                                        |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                   |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 噛み合せと顎関節                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | はい                       | いいえ                      |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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） _____              |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. チューインガム、人参、ナッツ、ペーグル、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？ _____ |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 過去5年以内に、歯が短くまたは薄くなったたり、磨り減ったりしたことがありますか？ _____                           |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                              |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____              |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                                   |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                                 |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. 日中に噛み締めや歯ぎしりをしますか、またはそれにより痛みを感じるがありますか？ _____                            |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____                    |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. マウスピースなどの噛み合わせ矯正器具を現在または過去に装着していましたか？ _____                              |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 笑顔の特徴                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | はい                       | いいえ                      |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. ご自身の歯について、その外観（形、色、大きさ）を変えたいと思うところがありますか？ _____ |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. 歯のホワイトニング（漂白）の経験がありますか？ _____                   |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？ _____        |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. 以前に受けた歯科治療で審美的に満足しなかったことがありますか？ _____           |                       |                       |                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

患者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

医師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_