

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

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：

個人履歴 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. 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？ _____
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？ _____

歯茎と歯骨 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？ _____
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？ _____
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、または痛みを経験したことがありますか？ _____

歯の構造 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？ _____
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（微細孔やクレターなど）を感じたり、それに気づくことがありますか？ _____
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？ _____
18. 歯茎の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 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） _____
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、ベークル、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. 日中に咬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？ _____
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. 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？ _____

笑顔の特徴 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？ _____
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で審美的に満足しなかったことがありますか？ _____

患者の署名 _____ 日付 _____

医師の署名 _____ 日付 _____