**おくちの問診票**

**ご記入日　　　　　／　　　／　　　　　　　　お名前**

**■現在気になっている症状はなんですか？**

①　口臭がする　　　②　歯が汚れている　　　③　歯茎が腫れている　　④　歯茎から血が出る

⑤　歯がぐらついている・自然に抜けた　　　⑥　よだれが多い　　⑦　歯が欠けた　　⑧　できものがある

⑨　鼻水・くしゃみが出る　　　⑩　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**■上記の症状はいつ頃からありますか？**

（　　　　　）日 ・ 週 ・ ヶ月 ・ 年前 から

**■現在行っているお口のケアを教えて下さい**

1. 歯ブラシで磨いている（　　　日に　　　回）
2. 歯みがきシートで拭いている（　　　日に　　　回）
3. デンタルケア用のガムやおもちゃを与えている
4. サプリメント等のグッズを使っている（商品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
5. 無麻酔の歯石除去を行っている
6. トリミングの時に磨いてもらっている
7. 何も行っていない

**■治療に対するお考えを教えて下さい**

◆抜歯について

1. 絶対に抜きたくない
2. できれば抜きたくないがやむを得ない場合は仕方ない
3. 何度も麻酔はかけたくないので重症の歯は抜いてほしい
4. 残すためにかかる費用によって考えたい
5. 説明を聞いてから考えたい

◆全身麻酔について

1. 治療に必要であれば受け入れる（年1回のメンテナンスが推奨されています）
2. 極力麻酔の回数は減らしたい
3. 歯の治療での麻酔は一度で終わりにしたい
4. 麻酔はかけたくない
5. 説明を聞いてから考えたい

◆今後の自宅ケアについて

1. 歯ブラシでの歯磨きを毎日頑張りたい
2. 可能な限りで歯ブラシでの歯磨きをしてあげたい
3. 歯磨き以外のケア方法を知りたい
4. ケアはできそうにない
5. 説明を聞いてから考えたい

〜〜　ご記入ありがとうございました　〜〜