

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ください

- 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ください

◆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 ～～