

# 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 ～～