

医療履歴

患者の氏名 _____ 呼び名 _____ 年齢 _____
医師の名前と専門分野 _____
直近の検診 _____ 目的 _____
あなたの一般的健康状態は、次のどれに該当しますか？ 極めて良い 良い 普通 悪い

以下のことを経験中ですか、または経験したことがありますか： はい いいえ

- | | |
|---|---|
| 1. 病気または怪我による入院 _____ | 27. 関節炎 _____ |
| 2. 次の薬剤に対するアレルギー反応 _____
アスピリン、イブプロフェン、アセタミノフェン、コデイン
ペニシリン _____
エリスロマイシン _____
テトラサイクリン _____
サルファ剤 _____
局所麻酔薬 _____
フッ化物 _____
金属（ニッケル、金、銀など、 _____）
ラテックス _____
その他 _____ | 28. 自己免疫疾患 _____
(リウマチ性関節炎、狼瘡、強皮症など) |
| 3. 過去6か月以内の心臓疾患または心臓ステントの使用 _____ | 29. 緑内障 _____ |
| 4. 感染性心内膜炎 _____ | 30. コンタクトレンズ着用 _____ |
| 5. 人工心臓弁、治療済み心臓欠陥（PFO） _____ | 31. 頭部または頸部の損傷 _____ |
| 6. ペースメーカーまたは植え込み型除細動器 _____ | 32. てんかん、けいれん（発作） _____ |
| 7. 人工器官（関節置換） _____ | 33. 神経性障害（ADD/ADHD、プリオン病） _____ |
| 8. リウマチ熱または猩紅熱 _____ | 34. ウイルス感染およびヘルペス _____ |
| 9. 高血圧または低血圧 _____ | 35. 口腔内のしこりまたは腫れ _____ |
| 10. 脳卒中（抗凝血剤を服用中） _____ | 36. 蕁麻疹、皮膚発疹、花粉症 _____ |
| 11. 貧血症またはその他の血液疾患 _____ | 37. STI/STD/HPV _____ |
| 12. 小切り傷に起因する持続出血（INR>3.5） _____ | 38. 肝炎（タイプ _____） _____ |
| 13. 気腫、息切れ、サルコイドーシス _____ | 39. HIV/エイズ _____ |
| 14. 結核、麻疹、水疱瘡 _____ | 40. 腫瘍、異常増殖 _____ |
| 15. 喘息 _____ | 41. 放射線治療 _____ |
| 16. 呼吸器障害または睡眠障害（睡眠時無呼吸、いびき、蓄膿など） _____ | 42. 化学療法、免疫抑制剤の投与 _____ |
| 17. 腎臓病 _____ | 43. 情緒障害 _____ |
| 18. 肝臓病 _____ | 44. 精神病治療 _____ |
| 19. 黄疸 _____ | 45. 抗鬱剤の投与 _____ |
| 20. 甲状腺、副甲状腺の疾患またはカルシウム欠乏症 _____ | 46. アルコール/市販の医薬品の利用 _____ |
| 21. ホルモン欠乏症 _____ | あなたは、次のいずれかに該当しますか： |
| 22. 高コレステロールまたはスタチン系薬剤の服用 _____ | 47. 現在、他の疾患の治療中 _____ |
| 23. 糖尿病（HbA1c = _____） _____ | 48. 過去24時間の自分の健康状態の変化に気づいている
(熱、悪寒、咳、下痢など) _____ |
| 24. 胃潰瘍または十二指腸潰瘍 _____ | 49. 体重管理のために薬剤を服用中 _____ |
| 25. 消化器疾患（セリアック病、胃内逆流など） _____ | 50. サプリメントを摂取 _____ |
| 26. 骨粗鬆症/骨減少症（ビスフォスフォネートの服用など） _____ | 51. 過度に疲れる、または疲れやすい _____ |
| | 52. 頻繁に頭痛を経験 _____ |
| | 53. 喫煙者、過去に喫煙していた、または無煙タバコを利用している _____ |
| | 54. 気難しい/過敏だと思われる _____ |
| | 55. 頻繁に不快感または鬱を感じる _____ |
| | 56. 女性のみ - 経口避妊薬を服用している _____ |
| | 57. 女性のみ - 妊娠中 _____ |
| | 58. 男性のみ - 前立腺障害 _____ |

あなたが現在受けている治療、予定している手術、先天性異常/発育障害、または歯科治療に影響しそうな他の治療すべてを説明してください。
(ボトックス、コラーゲン注射など)

過去2年以内に摂取したすべての薬剤、サプリメント、ビタミン類などをすべて一覧表示してください。

薬剤	目的	薬剤	目的

将来、あなたの医療履歴または薬剤投与に何らかの変化があった場合は、私どもにお知らせください。

患者の署名 _____ 日付 _____
医師の署名 _____ 日付 _____

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？ _____
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 _____

歯科治療同意書

お名前： _____

下記にチェックしてある項目を読んでご理解頂けたら、イニシャルと御署名をお願い致します。

1. レントゲン撮影 (イニシャル _____)

2. 薬品

抗生物質や痛み止め、その他の薬品は発赤、痛み、痒み、腫れ、吐き気、又はショック反応を引き起こす可能性があります。歯科用麻酔による歯神経、唇やその周辺の麻痺が、ごく稀に生涯残る事もあります。骨粗相症治療に使われるバイオフィosphateの薬を服用した方は、望ましい歯科治療結果が出ないという報告があります。

(イニシャル _____)

3. 治療計画の変更

実際に治療を始めてから、その都度歯や口腔状況に応じて、最初の治療計画を変更する事があります。虫歯治療終了後でも、歯の神経を抜いて根の治療が必要になるケースも時にはあります。私は歯科医の判断による適切な治療変更又は追加治療に同意します。

(イニシャル _____)

4. 抜歯

歯を抜く理由は色々です。歯を抜かずにかぶせ物をしたり、根の治療や歯周病治療が可能なケースもあります。炎症があっても抜歯により必ず治るとは限らず、他の治療が必要になる時もあります。抜歯のリスクとして、痛み、腫れ、炎症の拡大、ドライソケット、歯や口唇又は舌等の麻痺(通常は一時的ですが、極まれに生涯治癒しない事もあります)、副鼻腔への悪影響、顎関節の骨折等があります。合併症がおこった際は、専門医によるさらなる治療と費用がかかる時もあります。(イニシャル _____)

5. 詰め物

詰め物をした最初の24時間は硬い物を噛むと壊れる可能性がありますので気をつけて下さい。詰め物が大きいほど可能性は高くなります。歯を削り始めて、虫歯が最初の予想より大きな時は、治療が複雑になる事もあります。新しい詰め物を入れた後は知覚過敏症状が出る事がありますが、通常は時間がたてば治まります。

(イニシャル _____)

6. クラウン(キャップ)、ブリッジ、ラミネート

これらの補綴物は、歯を削り形態を変える事が必要です。又、自然の歯の色と完璧に同じ色になるとは限りません。仮歯は外れやすいので、最終補綴物が入るまで外れない様に気をつけて下さい。形、色、サイズ、装着感等の変更可能な時期は合着前迄です。形成した歯の型を採ってから時間があきすぎると、歯が動いて補綴物が合わなくなり、作り直しの費用がかかりますので、合着の為の予約を守るのは非常に大切です。

(イニシャル _____)

7. 入れ歯 (総入れ歯、部分入れ歯)

入れ歯に馴染むのは時間がかかります。痛い箇所が出たり、話辛くなったり食べ物が噛みにくくなる事もよくあります。土台の骨が少ないと総入れ歯の安定は難しくなります。後から必要になる内側の張替えは、追加の治療費がかかります。入れ歯が完成してから時間があいてしまうと、入れ歯があわなくなり作り直して追加の費用が加算されてしまいます。部分入れ歯は毎日着用しないと、歯が動いてしまったりして入れ歯が合わなくなる事があります。

イニシャル(_____)

8. 根官治療

例え90%のケースには効果的な治療でも、根の治療が必ず成功するという保証はありません。治療に使う細い器具が根管内で折れてしまったり外科治療が必要になる時もあります。最終的に抜歯になってしまう事もあります。

(イニシャル _____)

9. 歯周病

歯周病は歯茎や歯を支える土台の骨に影響する病気です。病気が進むと歯が抜けてしまいますので、早期治療が大切です。治療法には歯茎の手術や、抜歯して入れ歯やブリッジを入れるの含まれます。全ての歯科治療には、将来歯茎に悪影響を与える可能性が含まれています。

(イニシャル _____)

歯科治療には色々な要素が影響するので、治療結果の保証は出来ません。最良の技術といかなる用心を施しても、予想もつかない問題が生じたり、思わぬ結果が出る事があります。治療計画は診察の際にわかっている状態をもとに立てられるので、途中で治療変更しないという保証はありません。治療中に診察時にはわからなかった問題が起これば、それに応じて治療変更又は追加治療の必要性が出て来ます。それによる治療費の変更もあります。歯科診療においては、その治療結果を保証するというのは、誰にも出来る事ではありません。一番良い治療結果が出るように、予約時間を守る事も大切です。

署名 _____

日付 _____

保護者の署名(未成年者の場合) _____

日付 _____

予約取り消しに際してのポリシー

当院では予約日の24～48時間前に、電話又はメールで予約確認のご連絡をさせて頂いております。お手数ですが折り返しお電話を頂くか、メールで返信を頂ければ、貴重な予約の時間を確保する事が出来ます。こちらからのご連絡がスムーズにお伝え出来る様に、電話番号やメールアドレスに変更がある時は、お手数ですが当院にご一報下さい。

予約変更をご希望の際は、遅くても予約時間の24時間前にお知らせ下さい。キャンセルにより空いたお時間を、空きをお待ちになっていらっしゃる他の患者様に差し上げる事が出来ます。ご家庭やご家族、又は個人の急用で予約をキャンセルなさる事がありますが、当院では患者様のお口の健康を第一に、予約時間をお取りしております。

ウォンブルゲート歯科ではスタッフ全員が、患者様が当院でのお時間をより快適に過ごせるよう、そして待合室で長くお待たせする事無く、効率良く治療が出来るよう、日々心がけております。又、可能な限り、ご家族皆様が一度の訪問で治療を受けて頂ける様、そして快適なサービスが出来る様に努力しております。

当院の時間を効率良く使い、患者様の貴重な時間内に最高の治療を受けて頂くためにも、もし予約時間になっても御来院なしが3度、又は直前のキャンセルが3度あった場合には、当院での治療をお断りさせて頂く事がありますのでご了承下さい。

私、_____（患者様の名前）は、上記に書かれたウォンブルゲート歯科の予約取り消しのポリシーに同意します。

署名： _____

日付： _____