

- 過去に受けた大きな治療や手術はありますか？ ()
- 薬を飲んでいますか？ 1. いない 2. いる
(薬の名前)
- サプリメントを飲んでいますか？ 1. いない 2. いる
(サプリメントの名前や酒類)
- たばこを吸いますか？ 1. 吸わない 2. 吸う(1日 本 年間) 3. やめた (年 ヶ月前)
- お酒を飲みますか？ 1. 飲まない 2. 飲む (どのくらい)
- 麻酔をしたことがありますか？ 1. ない 2. ある
 ■ その時何か異常はありませんでしたか？ 1. ない 2. ある
- 歯を抜いたことはありますか？ 1. ない 2. ある
 ■ その時何か異常はありませんでしたか？ 1. ない 2. ある
 [出血・痛みが続いた・とつてもはれた]
- 甘いもの(食べ物・飲み物)を摂る量はどれくらいですか？
 1. ほとんどない 2. 少ない 3. まあまあ摂る 4. 好きでよく摂る
- 全身や口腔内の健康状態を知るために、唾液検査やミネラル検査を受けてみたいですか？
 ※ミネラル検査は体内の必須ミネラルの不足や有害金属の状況を知るためのものです。
 1. はい 2. いいえ 3. 分からないので説明してほしい
- 治療費についてのご希望は？
 1. ある程度費用がかかっても、歯や体にとってできる限り最良の治療を受けたい。
 2. なるべく保険で、保険のきかない内容は自費で治すことも考えてもよい。
 (予防処置や体に良いもの、見た目にも良い材料を使うなど)
 3. 説明を受けてもすべて保険の範囲で治したい(保険でできないものはしなくてもよい)
- 進行した虫歯の処置はなるべく歯を削らず神経も取らずに行う「ドックベスト療法」を選択したいですか？
 1. はい 2. いいえ 3. 分からないので説明してほしい
- つめもの、かぶせ物は銀歯ではなく、「自然できれいな物」や「体に安心な材質」を使いたいと思いますか？
 1. 思う 2. 思わない 3. 分からないので説明してほしい
- ムシ歯や病気をつくらない為に、予防処置やクリーニング(PMTC)を受けたいと思いますか？
 1. 思う 2. 思わない 3. 分からないので説明してほしい
- 今後、保険制度で制限のある内容以外で、健康に近づくための「予防プログラム」をご提案したいと考えていますが
 1. 自分に合った保険外プログラムの説明を受けてみたい 2. 保険制度に沿った限られた内容で希望

★ 治療に対するご希望や、伝えておきたい事は？☑を入れてください その他ご自由にご記入を★

- 極度の「歯科恐怖症」、「こわがり」なので注意してもらいたい
- 治療回数が減るなら、一度にたくさん治療しても構わない
- 回数はかかってもいいので、一度の治療は少しずつにしてほしい
- 自閉スペクトラム症で過敏な事や強いこだわりがある()
- <その他>

ありがとうございました。

この内容をもとに、トリートメントコーディネーター、衛生士、初診担当医が詳しくお話を聞かせていただきます。