山田歯科・矯正歯科

ご予約ありがとうございます

初めてご来院いただく患者さまへ

このたびは当院をご予約いただき、誠にありがとうございます。
安心して診療を受けていただけるよう、
ご来院前にご確認いただきたい内容をご案内いたします。

当日の持ち物

- ○ マイナンバーカード　／　お薬手帳
- ○ 同封されている各種問診票は、ご記入の上お持ちください。
  ご不明な項目は空欄のままで構いません。

同封の問診票

1. 問診票
2. スマイルカウンセリングアンケート（表面）歯磨きについて（裏表）
3. 初診で来院された皆様へ
4. 食生活アンケート
5. 食生活アンケート見本
6. 歯科ドック問診票（歯科ドックをご希望される場合はご記入お願いします）

スタッフ一同、ご来院を心よりお待ちしております。

来院時の注意事項

正確な検査結果果を得るため、来院前は以下の点にご注意ください。

食事・歯磨き
来院の1時間前までにお済ませください。
（歯磨き剤は使用せずに歯磨きをお願いします）

洗口液・マウスウォッシュ
来院の5～6時間前までとしてください。

喫煙
来院の1時間前までとしてください。

飴／ガム
来院前は舐めないようお願いいたします。

抗生物質など
服用中の場合は、初診時にスタッフへお申し出ください。

当院では、ご希望された患者様へ歯科ドックをご案内しております。	【歯科ドックの特徴】 ・口腔の問題の進行度の診断 ・口腔の問題の進行速度の診断 ・口腔の問題による全身の健康への影響度 ＊歯科ドックは、今の健康とこれからの健康につなげる歯科診療へつなげることができます。

歯科ドックをご希望されますか？

☐ はい　☐ いいえ　☐ 説明を聞いて検討したい

＊歯科ドックについての詳細は、同封資料「歯科ドックについて」を参照ください

ご予約日時　＿＿月＿＿日（　）＿＿時＿＿分

ご来院の目安　予約時間の **10分前** にお越しください

初診で来院された皆さまへ

山田歯科・矯正歯科の治療方針について

山田歯科・矯正歯科

当院では、生涯を通じて健康な口腔環境を維持していただけるよう世界的に認められている治療を実践し、虫歯や歯周病予防に努め、治療後に再発させないことなど患者様の真の利益を第一に考えております。

そのため、初診で来院されたみなさまに対してメインテナンスを継続していただくことを念頭に診療を進めており、具合の悪いところだけを治療するのではなく、患者様一人一人に合った口腔内全体の検査や管理指導に重点を置いております。このような歯科医療のあり方は、欧米では当たり前のことですが、日本ではまだまだ行っている医療機関が少ないのが現状です。口腔内の健康を維持するにあたり、ブラッシング等の日常ケアを適切に行っていただくなど患者様の協力も必要です。

また、保険治療は性質上様々なルールがあるため、より良い治療をご提供できるよう保険外治療をおすすめさせて頂く場合がございます。（必ずしも保険外治療を強要するものではありませんので、ご安心ください。）

当院は完全予約制とし、患者様一人一人の治療に向けて事前に様々な準備をしてお待ちしております。また、治療の質を担保するため、１回の治療時間を長めにしております。そのため、残念ながらキャンセルをされる場合のご連絡は、前日の午前までとさせていただきます。その時間以降のキャンセルを３回以上行った場合は、申し訳ありませんが当院での治療をご遠慮いただく場合がございますので、ご了承ください。

スタッフ一同、みなさまの生涯のお口の健康管理について、安心してお任せいただけるよう日々努力しております。

以上のことをふまえ、下記の項目についてご記入ください。（✔マークを付けてください）

①当院での治療を

□ 希望する　□ もっと詳しく説明してほしい　□ 検討したい

②当院での治療を希望する方

□ 保険外治療も相談したい　□ 保険治療のみを希望

ご署名

問診票①

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名		男・女	T・S・H・R　　年　　月　　日生
住所	（〒　　ー　　）		
連絡先（自宅or携帯）		職業（学校）	

当院をなにで知りましたか？（該当するものを○で囲んでください）	
・家、職場から近い ・インターネット検索 ・SNS ・当院ホームページ　・その他（　　）	
・知人の紹介	紹介者のお名前：

通院手段を教えてください（該当するものを○で囲んでください）
・徒歩 ・自転車 ・バス ・車 ・車（送迎） ・タクシー ・JR ・地下鉄

過去に当院へ来院されたことはありますか？	いいえ	はい	ヶ月前 /	年前

本日ご来院の理由を選択ください（該当するものに✔をお願いします）					
	歯が痛い		右上		つめたもの、かぶせたものが外れた
			右下		むし歯がある
			左上		歯石をとって欲しい
			左下		歯のクリーニングをして欲しい
	歯ぐきの色が気になる				歯ぐきが腫れている
	歯ぐきから出血している				口臭が気になる
	朝、口の中が気持ち悪い気がする				歯が動くような気がする
	歯がしみるときがある				入れ歯が合わない
	歯の着色が気になる				むし歯・歯周病の予防をしたい
	歯並びが気になる				歯の色が気になる
	その他：				

裏面のご記入もお願い致します。

問診票②

現在お持ちの病気はありますか？	いいえ	はい	病名：
過去に大きな病気はありましたか？	いいえ	はい	病名：

現在、かかりつけの病院はありますか？		
ない	ある	病院名：

お薬手帳はお持ちですか？	いいえ	はい	今はない
ペースメーカーは入っていますか？	いいえ	はい	

アレルギーはありますか？			
ない	ある	ラテックス	食べ物： その他：

喫煙について			
喫煙しない	喫煙する	紙たばこ	電子たばこ
		1日本数	約　　本
過去に喫煙していた		約（　　・日　・ヶ月　・年）前	

女性の方のみの質問です			
妊娠されていますか？	はい	いいえ	わからない
何週目ですか？	週		
授乳中ですか？	はい	いいえ	

矯正治療の無料相談に興味はありますか？	はい	いいえ	わからない

ご要望や伝えたいことがございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました。問診票は診療以外での使用は致しません。

カルテNO.　　年　月　日

スマイルカウンセリングアンケート

大切なあなたのライフスタイルをお守りし、よりあなたにあった診療メニューをご提案させていただくため、簡単なアンケートをご用意させていただきました。お手数ではありますが、下記のご質問にお答えいただきますよう、よろしくお願いいたします。

1．治療を終えた時のあなたの理想に近い状態を教えてください（複数選択可）

口できれば俳優のように輝くような口元になっていたい
口俳優ほどでなくても人に自慢できる口元になっていたい
口おもいっきり笑うことのできるキレイな歯並びになっていたい
口健康的に見える白い歯になっていたい
口食べ物をしっかりと噛める口になっていたい
口できるだけ自分の歯が長持ちするようになっていたい
口むし歯さえなければ特に気にならない

2．治療に際して、不安に思われていることはありますか？気になる順に番号を記入してください（気になる順に3つ教えて下さい）

① 自分にあった治療法かどうか　② 治療の期間　③ かみ合わせの状態
④ 人から見られた時の審美性（見た目）　⑤治療にかかる費用
⑥ 治療した箇所が長持ちするか　⑦ 金属アレルギー等の健康面
⑧ 家族や友人への説明　⑨ 職場や仕事への影響　⑩ 治療を行う価値
⑪ 2次虫歯の不安　⑫ その他（　　）

（　　）→（　　）→（　　）

3．今までお口でお困りのこと、お悩みのことを具体的に教えて下さい

① 今まで、お困りになった時の事を教えて下さい

② どんな時に不便さを感じましたか？

ご協力ありがとうございました。

歯みがきについて

カルテNo.　　氏名

普段の歯磨きについて、当てはまる項目にチェックまたはご記入ください。

1 歯磨きの習慣について

・１日に何回歯みがきをしていますか？

約＿＿＿＿回

・歯みがきはいつしていますか？（複数回答可）

□ 起床後　□ 朝食後　□ 昼食後　□ 夕食後

□ 入浴中　□ 就寝前　□ 間食後　□ その他（　　）

・１回の歯みがきにどのくらい時間をかけていますか？

約＿＿＿＿分

2 使用している清掃器具について

・歯ブラシ以外の道具を使用していますか？（ 複数回答可）

□ フロス(糸ようじ）　□ 歯間ブラシ　□ タフトブラシ

□ 電動歯ブラシ　□ 洗口剤（商品名：　　）

□ その他（　　）

3 歯ブラシ・歯磨き粉について

・歯ブラシはどれくらいで交換をしていますか？

□ １ヶ月未満　□ １ヶ月　□ ２ヶ月　□ ３ヶ月～６ヶ月　□ ６ヶ月以上

・歯ブラシはどれくらいの硬さを使用していますか?

□ 超やわらかめ　□ やわらかめ　□ ふつう　□ かため

・歯みがき粉を使用していますか?

□ 使ってない（理由：　　）

□ 使っている（商品名：　　、理由：　　）

・歯磨き粉は何㎝程使用していますか？

□ １cm未満　□ １cm　□ １.５cm　□ ２.０cm　□ ２.０cm以上

・ブラッシング後のうがいは何回ほどしますか？

約＿＿＿＿回

4 お悩みについて

・口臭は気になっていますか?

□ 気にならない　□ 起床後気になる　□ 疲れた時に気になる

□ 常に気になる　□ その他（　　）

食生活アンケート

３日分の食事・間食・飲み物をご記入ください

No.＿＿＿＿　名前：＿＿＿＿＿＿＿＿

記入の仕方
①平日２日、休日１日をご記入ください。
②食事だけでなく、間食や飲み物も全てご記入ください。
③アメ、ガム、グミ、タブレット等もご記入ください。
④お砂糖が入っているものについては、分かるように記載してくだい。

時刻	平日①　月　日（　）	時刻	平日②　月　日（　）	時刻	休日　月　日（　）
4:00					
3:00					

水分摂取について　※１日に摂取するおおよその量をご記入ください。

基本的に摂取する飲料水（＿＿＿＿）摂取量＿＿＿＿ml～＿＿＿＿ℓ

食生活アンケート 見本

3日分の食事・間食・飲み物をご記入ください

No.＿＿＿＿　名前：＿＿＿＿＿＿＿＿

記入の仕方
①平日2日、休日1日をご記入ください。
②食事だけでなく、間食や飲み物も全てご記入ください。
③アメ、ガム、グミ、タブレット等もご記入ください。
④お砂糖が入っているものについては、分かるように記載してくだい。

時刻	平日① 4月1日（月）	時刻	平日② 4月4日（木）	時刻	休日 4月6日（土）
4:00					
6:30	起床	6:30	起床（ブラックコーヒーコップ1杯（150ml））水500ml		
7:00〜7:30	朝（食パン（バター・いちごジャム）1枚 コーヒー（牛乳）コップ1杯（150ml））	7:00〜8:30	朝（プロテイン200ml） タブレット1つぶ	8:00〜8:30	起床（ブラックコーヒーコップ1杯（150ml）） 水350ml
10:00	水150ml のどあめ1個	9:00			
12:00〜12:30	昼（おにぎり（梅）1個、ゆでたまご1個 からあげ2個 麦茶150ml）	12:00〜12:30	昼（おにぎり（明太子）1個、ブロッコリー ささみスティック1本 麦茶300ml）	11:00〜12:30	朝昼（インスタントラーメン（たまご・わかめ）1袋 ヤクルト小1本 ポテトチップス1袋 コーラペットボトル1本（500ml））
12:45〜13:00	（ブラックコーヒーコップ1杯（150ml）、チョコ2個） 麦茶350ml	13:30〜17:00	ポカリスエットペットボトル1本（500ml）		
18:30	味見			15:00	（ビール（350ml×2杯） ハイボール（350ml×4杯） キムチ・えだ豆・冷奴 1皿ずつ 焼鳥・6本）
19:00〜19:30	夜（和風パスタ（大葉・きのこ・たまねぎ）1皿（150g） ミネストローネ1杯 サラダ1皿 水コップ1杯（150ml））	19:00〜19:30	夜（ゆで胸肉1皿 ゆでたまご1個 りんご1玉 プロテイン150ml）炭酸水700ml		
20:30〜22:00	（ビール1缶（350ml）、ハイボールグラス1杯（350ml） ミックスナッツ） 水450ml	23:00		21:00〜22:30	水500ml 就寝
24:00	就寝	24:00	就寝		
3:00					

水分摂取について ※1日に摂取するおおよその量をご記入ください。

基本的に摂取する飲料水（水・麦茶）摂取量 750 ml〜 1.5 l

お口の健康をトータルサポート

ご希望の方へ歯科ドックを実施しております。

歯科ドックについて



定期的なチェックで
お口の未来を
守りましょう

歯科ドック

～健康な口腔への第一歩は、
ご自身のお口を深く知ることから～

「食べる・話す・笑う」は、健やかな人生を支える大切な力です。
お口の健康は、一度失うと自然には元に戻りません。

歯科ドックでは、歯や歯ぐきだけでなく、唾液・かみ合わせ・口腔機能・CTなどを多角的に確認します。全身の健康とのつながりを検査します。

まずはご自身のお口を知ることから、これからの健康づくりを始めてみませんか?

検査項目のご紹介

01 口腔内写真
お口・顔貌の記録

02 歯周精密検査
歯ぐきと歯周病の確認

03 唾液検査
唾液量・質・細菌を確認

04 歯周病菌PCR検査
歯周病原菌を確認

05 糖尿病検査(HbA1c)
血糖状態を確認

06 呼吸・姿勢
呼吸状態と姿勢を確認

07 機能検査
舌・口唇・嚥下機能を確認

08 咬合検査・口腔内スキャン
噛み合わせを確認

09 CT
気道・骨・歯を確認

こんな方におすすめ!

- ☑ 今まで歯科医院に通っていたけど、治療を繰り返してきた方
- ☑ 全身の健康も気になる方
- ☑ 自分に合った予防・ケアを始めたい方

気になることがあればお気軽にご相談ください



料金表

検査	120分	----------	16,500円 (税込)
説明	100分	----------	5,500円 (税込)

お口の中だけでなく、全身の健康につながる検査です!
あなたの"今"を知って、未来の健康を一緒に守りましょう!

問診票③

口の中や外の健康について			
口の中が健康だと思いますか？	いいえ	はい	
口の中の健康は重要だと思いますか？	いいえ	はい	
日常生活で健康に気をつけていますか？	いいえ	はい	
はい	具体的にどんなことに気をつけていますか？（　　）		
お酒は飲みますか？	いいえ	はい	
ストレスは感じますか？	いいえ	はい	
はい	（0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10）原因（　　）		
定期的に運動はしていますか？	いいえ	はい	
はい	頻度（　　）	内容（　　）	
最後に健康診断を受けたのはいつですか？	なし	あり	
あり	いつ(　　)　健康診断を受けた理由（　　）		
排泄について記入してください。	毎日　/　2～3日に1回　/　　日に1回		
顎関節・睡眠について			
歯ぎしりを自覚したことはありますか？	いいえ	はい	家族に指摘されたことがある
くいしばりを自覚したことはありますか？	いいえ	はい	
頬杖はよくつきますか？	いいえ	はい	
ナイトガードを使用していますか？	いいえ	はい	
普段の寝方について記入してください。	真上　・　右向き　・　左向き　・　うつ伏せ		
口呼吸はしていますか？	いいえ	はい	
睡眠の質はどうですか？	よく眠れている	まあまあ	あまり
睡眠時間はどれくらいですか？	時間		
いびきを指摘される事はありますか？	いいえ	はい	
睡眠時無呼吸を自覚したことはありますか？	いいえ	はい	家族に指摘されたことがある
起床時に動悸はありますか？	いいえ	はい	
起床時に疲労感はありますか？	いいえ	はい	
日中に眠気はありますか？	いいえ	はい	

問診票④

笑顔の評価			
ご自身の笑顔は好きですか？	いいえ	はい	
ご自身の笑顔でお困りの点はありますか？	いいえ	はい	
ご自身の歯の色に満足していますか？	いいえ	はい	
歯と歯の隙間が気になりますか？	いいえ	はい	
歯並びが気になりますか？	いいえ	はい	
歯肉の下がりは気になりますか？	いいえ	はい	
歯の欠けや割れが気になりますか？	いいえ	はい	
ご自身の歯の形や修復物が気になりますか？	いいえ	はい	
歯茎は綺麗に引き締まっていると思いますか？	いいえ	はい	