

な かい 歯 科 問 診 票

記入日

20 年 月 日

* 赤枠内はあなたの基本情報取得と継続通院のサポート、また生活の背景を知るため特に大切な情報です。全てご記入下さい。

ふりがな			大・昭・平・令	年齢	
お名前			生年月日	年 月 日	歳 男・女
ご住所	〒 -				
	上記住所へ、休診案内などのハガキの送付について <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
連絡先	ご自宅	— —	医院からの電話に应答いただきやすい時間帯は？		
	携帯電話	— —	いつでも可・制限あり ()		
LINEアプリは利用されていますか			はい ・ いいえの方は、下欄にアドレスを記載下さい		
予約お知らせシステムへ登録するメールアドレス			@		
ご職業	会社員・自営業・団体職員・公務員・パート・学生・無職・他			ご勤務先名 または業種	

ご来院のきっかけを教えてください、複数選択可です	<input type="checkbox"/> ご紹介：ご家族・お知り合いから () 様より) <input type="checkbox"/> ご紹介：他院・病院より () 様より) <input type="checkbox"/> ネット検索で : yahoo! ・ Google ・ Google□コミ ・ 他 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 建物・看板をみて (職場・自宅が近所) <input type="checkbox"/> その他 ()
直近の歯科治療はいつですか？	年 ヶ月くらい前に、 の治療をした
本日のご来院目的は？ 一番気になる部位と症状	部位： 症状：
その症状は 痛み ますか？	<input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> 痛い→ 別紙「 痛みの問診票 」を、ご記入ください
ほかにも、お口の中で気になる項目があれば、全て選択してください	<input type="checkbox"/> 虫歯（歯が痛い・しみる） <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い（腫れている・出血している） <input type="checkbox"/> 詰め物や被せが取れた <input type="checkbox"/> 歯がない・噛めない <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防（フッ素塗布を含む） <input type="checkbox"/> □口内炎・できもの <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 義歯・入れ歯 <input type="checkbox"/> 顎関節症（あごが痛い） <input type="checkbox"/> 審美歯科（ホワイトニング、口元や歯を綺麗にしたい、メタルフリー） <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 歯並び・矯正 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> その他 ()
現在のお身体の状態や習慣をうかがいます	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなったことがある <input type="checkbox"/> タバコ___本/日 <input type="checkbox"/> 妊娠・授乳中である <input type="checkbox"/> 薬を服用中である : お薬手帳（有・無） （妊娠 ヶ月） <input type="checkbox"/> 薬物アレルギーがある（薬品名 ） <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現在通院中の疾患がある（ ↓ に、病名・通院先を記入ください ） 病名： 通院先：
これまでに右欄の病気に かかったことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎：A型・B型・C型 ・ 他 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病： I型・II型 / HbA1c___ <input type="checkbox"/> 金属アレルギー() <input type="checkbox"/> その他の疾患 ()
歯科治療に対する不安や 伝えておきたいことは	
どうしても通院できない 曜日・時間帯を教えてください	
唾液検査(虫歯・歯周病・口臭のリスク判定)の希望 実費のみ¥1,650	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 話を聞いて考えたい

お口の健康アンケート

歯・口の中・義歯・かぶせ物などが原因で、下記のようなことが現在どの程度生じていますか？

全ての設問に対し、一番近いと思う項目に必ず○をつけて下さい。

〔14項目全てお答えいただき、無回答のままにはしないで下さい〕

	全くない	ほとんど ない	時々ある	よくある	いつも
① 食べ物が噛みづらい					
② 食べ物がはさまったり、ひっかかる					
③ 熱いものや冷たいもので歯がしみる					
④ 口の中にさわると痛むところがある					
⑤ 歯科的な問題で、悩んだり不安を感じる					
⑥ 歯科的な問題でみじめな気持ちになる					
⑦ 話し方が不明瞭になった					
⑧ 特定の食品を避けなければならない					
⑨ 眠りを妨げられることがある					
⑩ ゆうつになることがある					
⑪ 配偶者や家族に対して寛容でないことがある					
⑫ 周囲の人に対しイライラする					
⑬ 経済的な損失が生じた					
⑭ 日常生活を不満足と感じる					

なかい歯科 痛みの問診票

現在感じている痛みについてお尋ねします。痛みが2種類以上ある場合には、もう一枚別にご記入ください。

1) 痛む場所はどこですか？

右側 ・ 左側 ・ 下 ・ 上 ・ 歯 ・ 歯肉 ・ 舌 ・ あご ・ 顔 ・ こめかみ ・ 頭 ・ 首 ・ その他

2) 痛みが始まるきっかけとなったことがありますか？

特になし ・ あくび ・ 硬いものを食べた ・ 歯科治療 ・ けがをした ・ 多忙であった ・ ストレス ・ その他

3) 痛み始めてからどれくらいですか？

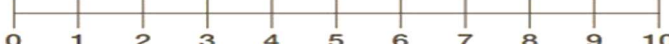
痛みが出てから _____ 日 / _____ 週間 / _____ カ月 / _____ 年くらい経過

4) どのような種類の痛みですか？

ズキンズキンと脈打つような ・ ギクッと走るような ・ 突き刺さるような ・ 鋭い ・ 電気が走ったような ・ にぶい
しめつけられる ・ 食い込むような ・ 焼けつくような ・ チクチク ・ ピリピリ ・ 異様な ・ 触ると痛い ・ うんざりする
うずくような ・ 重苦しく割れるような ・ 気分が悪くなるような ・ 恐ろしくなるような ・ 耐え難い身の置き所のないような

5) 痛みの強さはどのくらいですか？

a 痛みの強さ 弱い ・ 中程度 ・ 強い ・ 激痛

b 10段階で評価 考えうる最小  考えうる最大 VAS mm

c 気になる程度 仕事の最中 : 仕事をするのに支障がある ・ 仕事ができない
食っている時 : 食っている間は気にならない ・ 痛い食べられない ・ 痛くて食べられない

6) 痛みはどのくらいの回数起こりますか？

1分に _____ 回 / 1時間に _____ 回 / 1日 _____ 回 / 1週間に _____ 回 / 1か月に _____ 回 / ずっと持続している

7) 1回の痛みはどのくらい続きますか？

1回の痛みが _____ 秒 / _____ 分 / _____ 時間 / _____ 日間 / ずっと持続している

8) 痛みの発症、変化に時間的特徴はありますか？

起床時 : 軽い ・ 強い / 日中 : 軽い ・ 強い / 夕方 : 軽い ・ 強い / 就寝前 : 軽い ・ 強い

9) 痛みを生じさせたり、悪化させる要因はありますか？

食事 ・ 体を動かす ・ 仕事 ・ 入浴 ・ 就寝 ・ 精神緊張 ・ ストレス ・ その他

10) 痛みを軽くできることはありますか？

冷やす ・ 温める ・ 安静 ・ 寝る ・ マッサージ ・ 鎮痛薬の内服 ・ その他

11) 痛いときに他に一緒に生じる症状はありますか？

頭痛 ・ 肩こり ・ めまい ・ しびれ ・ 涙流 ・ 鼻水 ・ 胸苦しさ ・ 目がチカチカする ・ 吐き気、嘔吐 ・ その他

12) 痛みのときに決まってする行動はありますか？

じっとしていられない ・ 横になる ・ さする ・ 押す ・ なるべく動かない ・ その他

もっと詳しく伝えたいことがあれば、以下にお書きください。

NDO QUESTIONNAIRE

Date / /

Please fill in all blank.

First Name _____ Family Name _____

Sex Male Female Birthday (Age) _____ ()

Nationality _____ Occupation _____

Home Address _____

Japanese Phone No. _____

Email address _____ @ _____

Mother tongue _____ Second language _____

How long do you stay in Kyoto from today(or current adress) (2years ↑ / 2years ↓ () month / traveller)

Do you have a Japanese National Health Insurance? (Yes / No)

Which language do you prefer to communicate in? (English / Japanese / Others)

Can you get medical terms in Japanese or English? (Yes / Have worries)

What kind of treatment would you like to choose? (Insurance / Private / Not decided)

How did you know about our dental office? If you have introducer, please give him / her name.

どのようにして当院を知りましたか？紹介者がいる場合は、差し支えなければお名前を記載ください。

What is the matter with you today?

今日はどうされましたか？

When was your last dental visit? And then what was it?

最後に歯科を受診されたのはいつですか？その際何をしましたか？

Do you have pain / sensitivity? ☐ NO ☐ YES → Please fill another "NDO Pain Questionnaire"

痛みやしみるのはありますか？

Are you taking any medicine?

薬を飲んでいますか？

Do you have allergy to any medications or dentophobia?

薬のアレルギーや歯科恐怖症はありますか？

Do you have any systemic disease ?

全身的な病気はありますか？

Do you have any other present illness?

今、他に何か病気にかかっていますか？

If you have had infectious disease before, please describe it.

過去に感染症にかかったことはありますか？

Do you have any request for the Dr?

何か、ドクターにリクエストはありますか？

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

1. Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or denture?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
2. Have you felt your sense of your taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or denture?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
3. Have you had painful aching in your mouth?					
4. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or denture?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
5. Have you been self conscious because of your teeth, mouth or denture?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
6. Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or denture?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
7. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
8. Have you had interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
9. Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
10. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?	<u>Never</u>	<u>Hardly ever</u>	<u>Occasionally</u>	<u>Fairy often</u>	<u>Very often</u>

NDO Pain Questionnaire

The following questions are to inquire about the pain you are currently experiencing. In situations where more than one type of pain are experienced, please fill out an additional questionnaire.

1. Site of pain: Where are you experiencing the pain? (Please circle the choices below.) 痛む場所は？ right / left / upper / lower / tooth / gums / tongue / face / temple / head / neck / etc
2. Manifestation of pain: What causes the onset of the pain? 痛みのきっかけは？ no noticeable cause / yawning / eating hard foods / dental treatment / injury / hectic lifestyle stress / etc
3. Period of time the pain has been experienced: How long have you been experiencing this pain? 痛くなった時期 Approximately _____ years; _____ months; _____ weeks; _____ days
4. Type of pain: Would the pain be best described as which of the following? 痛みの種類は？ throbbing / sudden sharp running / piercing / sharp / similar to an electrical shock / dull / gripping / cutting / burning / stinging / slightly chafing / tingling / intense / sensitive to touch breaking sensation / persistent / nauseating / frightening / unbearable and excruciating
5. Severity of pain a: low / moderate / strong / severe b: How would the pain be rated on a scale of 1 to 10? 【min】 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 【max】 c: Which of the following is appropriate for the pain being experienced? simply noticeable / causes difficulty working / causes inability to work not noticeable when eating / able to eat despite pain / causes inability to eat
6. Frequency of pain: How often does the pain occur? 痛みの頻度は？ _____ times a month / week / day / hour / minute or constant pain
7. Duration of pain: How long does the pain last each time it is experienced? 痛みの持続 _____ days / hours / minutes / seconds or constant pain
8. Distinctive features of the pain throughout the day: Is there anything to note of the pain in regard to time of day? 痛くなるときはいつ？ When rising from sleep, the pain is light / strong During the day, the pain is light / strong During the evening and at night, the pain is light / strong During sleep, the pain is light / strong
9. Do any of the following cause the pain to occur or become more severe? 痛みを悪化させるのはどんなとき？ eating / physical activity / work / bathing / sleeping / anxiety / stress
10. Do any of the following help alleviate the pain? 痛みを軽くするには？ applying a cold compress / applying heat / rest / sleep / massage / pain medication
11. Accessory symptoms: Do any of the following symptoms occur when experiencing the pain? 痛みとともに出る症状 headache / stiff shoulder / dizziness / numbness / tearing of eyes / runny nose / tightness in chest / irritation of eyes / nausea / vomiting
12. Behavior during pain: Are any of the following regularly done or experienced when the pain occurs? 痛みを緩和する方法は？ inability to be still / lying down / rubbing / pressing / moving as little as possible

If you have any requests ,please write it below.