

ホワイトニング問診票

お名前： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所： _____

電話番号： _____

かかりつけの歯科医院について

歯科医院名： _____

担当歯科医師： _____

最後に治療を受けた日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____

どの様に本医院をお知りになりましたか？

- 看板 知人の紹介 ホームページ インターネット
 その他(_____)

最後に歯の検査を受けてからどの位になりますか？

- 0～3ヶ月 3～6ヶ月 6～12ヶ月 12～18ヶ月 18～24ヶ月 2年以上

以前にホワイトニングを受けた事がございますか？

- 有り⇒

<input type="checkbox"/> 0～3ヶ月前	<input type="checkbox"/> 3～6ヶ月前	<input type="checkbox"/> 6～12ヶ月前	<input type="checkbox"/> 12～18ヶ月前
<input type="checkbox"/> 18～24ヶ月前	<input type="checkbox"/> 2年以上前		

・その時に歯はしみましたか？
 しみがなかった 少ししみた かなりしみた しみが強く途中で中断した
- 無い

現在どのような症状にお気づきですか？

- 口の開閉が上手くいかない(顎関節症) 前歯に詰め物がある ひび又は欠けた歯がある
 歯にかなりの摩耗(すり減り)が見られる 歯茎に後退した部分がある 歯がしみる
 神経を抜いたところがある 口内にただれや腫れがある
 外傷や抗生物質、内分泌系の薬などの影響で歯の色が着色している
 歯磨きやデンタルフロスをする歯茎から血が出る

よく口にする物

- コーヒー 紅茶 赤ワイン コーラ ウーロン茶 たばこ

過去、又は下記に該当するものがありますか？

- 肝炎 白血病 心臓病(ペースメーカー) HIV
 血液の障害 胃の障害 自己免疫疾患(膠原病) ぜんそく
 高血圧 ヘルペス 呼吸器疾患 失神/発作
 知覚過敏 無カタラーゼ血症 帯状疱疹
 紫外線アレルギー

◆現在、服用しているお薬はありますか？(塗り薬も含めて)： _____

◆これまで受けた手術： _____

◆その他の病気や障害・症状： _____

◆現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい いいえ

◆どれくらいの白さをご希望ですか？

- 今より白くしたい かなり白くしたい 真っ白にしたい

◆期限はありますか？ _____ 頃まで