

1-1 歯医者で歯を診てもらえることができる

■話しましょう！

Q1. 日本で歯医者(歯科医院)に行ったことがありますか。

Q2. これまでにどんな治療を受けたことがありますか。

■私は何をしますか ■私は何と言いますか

▼初診(初めて診てもら)場合

①保険証を渡す



こんにちは。
 すいません。予約したnameです。

②問診票を書く→「②治療を受ける★」へ



(問診票を受け取ったら)はい。わかりました。
 これでいいですか。
 ここは、どう書きますか。
 ⇒チャレンジ 問診票を書こう！

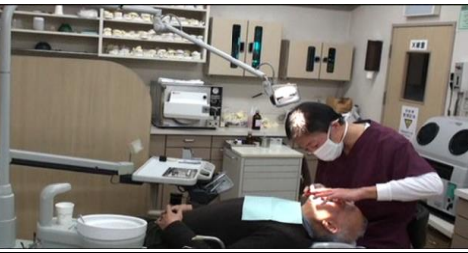
▼再診(初めてではない)の場合

①診察券を渡す



すいません。予約したnameです。
 よろしくお願ひします。
 お願いします。

②治療を受ける★



ちょっと歯が痛くて。
 しみます / 痛みます / 大丈夫です。
 ありがとうございました。



③会計をして、予約する。



ありがとうございます。
 今週末で空いている時間はありますか。
 その時間でお願ひします。
 午前 / 午後 / 夜が空いている日はいつですか。

■練習しましょう！

●①から⑥の絵を見て、(かっこ)の中に数字を入れましょう。

① 	④ 	() 歯がぐらぐらする
② 	⑤ 	() 歯がしみる
③ 	⑥ 	() 歯茎が腫れる
		() 歯が痛い
		() 詰め物がとれる
		() 歯茎から血が出る

●歯医者でどんなことが嫌ですか。順番をつけましょう。

- | | |
|-------------|-------------|
| () 治療の音 | () 神経を抜く |
| () 歯を削る | () 治療期間が長い |
| () 麻酔 | () 歯石を取る |
| () 歯の型を取る | () 歯磨き講習 |
| () レントゲン検査 | () 説明が少ない |

■調べましょう！聞きましょう！…『インプラント』って何ですか？

■私のエピソードd(=^o^)=b

私は歯医者さんとのコミュニケーションが大事だと思います。何をするのか、どうしてするのか、ちゃんと説明してくれないと、不安でした。わからないことを質問した時に答えてくれる先生がいいです。わからないことは、ちゃんと聞いた方がいいですよ。(来日から10年の女性)

下記の質問に正確に記入願います。平成 年 月 日

問診票

ふりがな			明・大・昭・平	血液型	紹介者	様	
氏名	男・女	年 月 日 生			型		
住所	〒 自宅電話 ()			勤務先	電話 ()		
携帯電話番号							
メールアドレス(PC/携帯)							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む						
どこが痛みますか	右上	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない				
いつから痛みますか	右下	左下					
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーンと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む						
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 黄血になった (具体的に)					
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (原因)					
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)					
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 年 前 ころ、病名					
内科的な病気はありますか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧() <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 脳神経疾患						
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 1日()回 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	<input type="checkbox"/> 妊娠 月 年 <input type="checkbox"/> 産後 月 年					
歯みがきについては	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他		喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<1日__本>			
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則		歯みがきの指導は <input type="checkbox"/> 習ったことがある <input type="checkbox"/> 習ったことがない				
間食は	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足						
睡眠時間は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい						
この機会に	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治療したい(自費治療)						
治療方法のご希望は	月	日まで	に	終りたい。	予約は	曜日 時頃がいい	
予約のご希望は							
その他、要望等がありますか							
領収書は	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 毎回欲しい <input type="checkbox"/> 治療の最後にまとめて出して欲しい						

* 記入された個人情報、個人情報保護に基づき、当院治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

さばうとデンタルクリニック 医院