

～ 歯 科 の 問 診 表 ～

■ 飼主様について

|          |       |      |
|----------|-------|------|
| お名前 ふりがな | 御住所 〒 | TEL  |
|          |       | Mail |

■ 患者さんについて

| お名前 | 品種 | 毛色 | 性別(○印)                   | 生年月日(年齢)   |
|-----|----|----|--------------------------|------------|
|     |    |    | 男の子 ・ 女の子<br>去勢・避妊 (済・未) | 年 月 日<br>才 |

1、主にどのような症状が気になりますか？

- ① お口の臭い      ② 歯の汚れ      ③ 歯茎から血が出ることもある      ④ ご飯が食べにくそう  
 ⑤ 歯が抜けた      ⑥ 歯のケアをしたい  
 ⑦ その他 ( )

2、症状がひどくなった時期や気になったきっかけはありますか？

3、現在歯科に関するケアをしていますか？ ( はい ・ いいえ )

<はい>と答えられた方へお伺いします。

① どのようなケア製品をお使いですか？お使いになったことがありますか？

- 1) 噛むタイプのケア製品    2) ジェルなどを歯にぬるケア製品  
 3) 歯磨き製品    4) その他 ( )

上記の製品を今も使い続けていますか？ ( はい ・ いいえ )

<いいえ>と答えられた方へ その製品をやめてしまった理由やきっかけを教えてください  
 (価格が高い、忘れてしまうなど)

<いいえ>と答えられた方へお伺いします。

② 今後、歯のケアの為に何か始められたいとお考えですか？ (はい ・ いいえ)

4、歯科に関する処置をしたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

<はい>と答えられた方へ

- ① どのような処置ですか？ (スケーリング ・ 抜歯 ・ その他 )  
 ② いつ頃ですか？ ( 3ヶ月以前 ・ 半年前 ・ 1年前 ・ 3年以上前 )  
 ③ どこでされましたか？ (トリミングなどのサロン・動物病院名: )

5、普段は何を食べていますか？

- ① ドライフード(メーカー名: )      ② 缶詰(メーカー名: )  
 ② 人の食べ物(好物: )      ④ おやつ(種類: )

6、この症状で他の動物病院にかかれた事がありますか ( はい ・ いいえ )

<はい>と答えられた方へ

- ① 何件の動物病院にかかりましたか？ ( )  
 ② その時の診断名は何でしたでしょうか？ ( )  
 ③ 診断の為に何か検査をされましたか？ ( )

