

当院を何で知りましたか？
(○で囲って下さい)
電話帳・電柱看板・他院の紹介
インターネット・知り合いの人
近所だから・その他()

記入年月日: 2018年 月 日

治療の参考にしますので以下の質問に、必ず正しくお答え下さい。

(□の中にチェックして下さい)あなたの生命にかかわります。

1. ご住所: 郵便番号: □□□-□□□□ 昼間連絡がとれる方に○を願います
固定電話: _____ 携帯: _____
ご氏名: ふりがな _____ 御職業(重要です): _____
ご紹介者: _____

2. 今日はどうしましたか? いつ頃からですか?(本日・ 日前から・ ずっと前から)
- 歯が痛い (冷たいものがしみる. ズキズキする) 歯ぐきの具合が悪い
 - つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた 入れ歯がこわれた
 - 口の中に異常がある()
 - アゴの関節に異常がある: 痛い 音がする 開かない その他()
 - かみ合わせが悪い 入れ歯を入りたい インプラント治療を受けたい
 - 定期検診 その他()

3. アレルギーはありますか?(薬、食べ物、他などで異状症状が出たことがありますか?)
- いいえ はい 薬 ()
 - はい 食べ物()
 - はい その他()

4. 歯の治療の時に気分が悪くなったことがありますか? いいえ はい
- 局所麻酔の注射を受けたことがありますか? いいえ はい
- 局所麻酔の注射で異常がありましたか?(ショックやアレルギーなど) いいえ はい
- 歯(永久歯、大人の歯)を抜いたことがありますか? いいえ はい
- 歯を抜いたときや抜いた後に何か異常がありましたか? いいえ はい
5. 傷ができた時、血が止まりにくかったことがありますか? いいえ はい
6. 現在通院している病院、診療所はありますか? いいえ はい

「はい」の方は病名をお書き下さい。必ずお薬手帳をお見せ下さい。

(病名: _____ 診療所名: _____)

7. 現在、何か薬を飲んでいますか? いいえ はい (薬名: _____)

8. 次の病気になったことがありますか? または、現在かかっていますか?
- 心臓病 高血圧症 糖尿病 肝臓病 脳卒中・脳出血 腎臓病 胃腸病
 - リウマチ 骨粗鬆症 ぜんそく 貧血 肺結核 性病 B型肝炎 C型肝炎
 - 自律神経失調症 精神神経病 HIV 矯正治療 (授乳中で薬の服用が心配)
 - 癌、悪性腫瘍(部位: _____) その他(病名: _____)

9. いままで何か手術を受けたことがありますか?(外傷も含めて) いいえ はい()

10. 輸血や血液製剤の点滴を受けたことがありますか? いいえ はい(輸血・血液製剤)

11. 現在妊娠していますか?(女性のみ) いいえ はい わからない 不妊治療中

12. 治療についてのご希望は?
- すべて保険で治療したい 自費でもいいので予防処置や審美治療も希望する
 - なるべく保険の範囲で、効かないところは自費で
 - 自費でも構わないので良い材料を使用してほしい 相談して決めたい

13. 歯石除去、歯の汚れ除去を希望しますか? いいえ はい

14. 歯ブラシの指導、チェックは希望されますか? いいえ はい

15. 最近あるいは最後に歯科にかかったのはいつですか? _____ 日前、 _____ カ月前 _____ 年前

16. かかりつけの歯科医院はありますか? いいえ はい 歯科医院名: _____

17. 歯科治療で苦手なものはありますか?()