

記入年月日： 20 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。

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 ()

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 ・ カ月から ・ 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、痛い、ゆるい

□ 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 □入れ歯を入れたい □インプラント治療を受けたい

□ 定期検診 □ 癌が心配 □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 () □食べ物 () □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？ ()