

当院を何で知りましたか？
(○で囲って下さい)
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： 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。

1. ご住所：郵便番号：□□□-□□□□

昼間連絡がとれる方に○をお願いします

ご氏名：ふりがな

固定電話：

携帯：

御職業(重要です)：

ご紹介者：

生年月日：T・S・H・R 年 月 日(才)

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) □ 歯肉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：)

抗血小板薬、舌下免疫治療薬使用中に抜歯をして、重篤な状態になると報告があります。

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 □ 脳血管障害 □ 腎臓病 □ 胃腸病 □ 発達障害
□ リウマチ □ 骨粗鬆症 □ 喘息 □ 貧血 □ 肺結核 □ 性病 □ B型肝炎 □ C型肝炎 □ ADHD
□ 自律神経失調症 □ 精神神経病 □ 適応障害 □ 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？： 歯科治療で苦手なものはありますか？()

□ 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：