



| | | |
|----------|--------------|------------------|
| 氏名(ふりがな) | 性別 男 女 | 生年月日 / / 歳 |
| 現住所 〒 | | 電話 |
| 職業 | 勤務先 | 勤務先電話 |

あなたの健康を守り、的確な歯科治療を行うため、次の質問の該当するところに、正確にご記入ください。

1. 当医院をどうして知りましたか？

紹介されて

通りにあった・近所

紹介者 _____

ビラ広告

インターネット

タウン誌・雑誌

電車・バス ポスター宣伝

2. 本日来院された理由

虫歯

歯が痛む

つめ物がとれた

入れ歯がこわれた・新作製

歯石除去

歯肉が痛む

歯肉が腫れた・出血

親知らずが痛い

定期検診

予防処置

クリーニング・ヤニ取り

ホワイトニング(漂白)

顎(あご)の関節の痛みや雑音

インプラント

矯正、歯ならび

舌、くちびるが痛む

かみ合わせが気になる

その他

・・・ご希望・ご意見・・・

3. 以前に、歯科治療で麻酔注射をして気持ちが悪くなったことはありますか？

ない

ある

麻酔したことはない

4. 歯科治療中に気持ちが悪くなったことはありますか？

ない

ある

その時 ⇨

怖かった

脳貧血をおこした

5. 【予防歯科】

専門的に歯の磨き方を指導してもらったことがありますか？ (はい いいえ 希望する)

歯のクリーニングを定期的にしてほしいですか？ (はい いいえ 希望する)

定期的に歯科医院を訪れますか？ (3か月に1度 6か月に1度 1年に1度 痛くなった時だけ)

裏面につづく

6. 次の病気（現在、受診中）をしたことがありますか？

| | | | | |
|-----|----------|----|-----------|-------|
| 心臓病 | 低血圧 | 貧血 | 高血圧(血圧Ⓔ) | / (Ⓕ) |
| 腎臓病 | 血液疾患 | 結核 | 糖尿病(血糖値Ⓔ) | / (Ⓕ) |
| 胃潰瘍 | てんかん | 喘息 | 肝臓病(病名) |) |
| 皮膚炎 | リウマチ | 蓄膿 | 性病(病名) |) |
| その他 | いつ頃でしたか？ | | | / / |

7. 最近、医師の治療又は検査を受けましたか？

現在治療中

はい いいえ 主治医 _____

どんな病気ですか？ 主治医住所 _____

8. けがをして血が止まりにくかったことがありますか？

はい いいえ

また以前、輸血されたことはありますか？

はい いいえ

9. 現在、何か薬を使っていますか？或いは飲んでいますか？あればその名前は？

はい いいえ : _____

10. 薬や食物でアレルギーをおこしたことがありますか？あればその名前は？

はい いいえ : _____

11. 現在妊娠していますか？

いいえ

はい _____ か月 出産予定日

その可能性がある _____ / _____ / _____

12. 治療に対するご希望

治療場所について

悪い部分があれば、すべて治療して欲しい ⇨ 集中的にまとめて治したい
今回は、痛んでいる所だけ治療したい(応急処置) ⇨ 1本1本じっくりと治したい

費用について

保険によらず、費用がかかっても総合的な診断をもとに、理想的にしてもらいたい
なるべく保険で、重要な部分、あるいは見た目をよくする為に多少の費用をかけてもよい
できるだけ健康保険の範囲内
歯科医師と相談して決めたい

その他 _____

