

より良い治療を進めるための大切な資料となります。できる限りすべての質問にお答えください。

フリガナ	男 ・ 女	昭和・平成・令和
お名前		年 月 日生 (才)
〒 ご住所		電話 番号

■本日はどうなさいましたか？

場所



□右上 □上前歯 □左上  
□右下 □下前歯 □左下

- 歯がいたい・しみる
- とれた・欠けた
- 腫れた
- 歯がグラグラ
- 入れ歯があわない
- 歯ぎしり・顎の痛み
- 口内炎
- 検診
- 歯石が気になる
- ホワイトニング
- その他 ( )

治療について

■歯科治療中に具合が悪くなったことはありますか？

- いいえ □ はい どうなりましたか： \_\_\_\_\_

■クリーニングが必要な場合 希望しますか？

- いいえ □ はい

■検診のご案内 治療終了後（半年）封書を郵送します ご希望無い場合はxをある場合は○を付けてください

■治療に関して希望があれば教えてください

- 保険内での治療を希望
- 希望したところだけ治してほしい

その他

■次のうち今までにかかったことのある病気はありますか

- なし □ がん □ B型肝炎 □ 心臓疾患
- 高血圧 □ 逆流性食道炎 □ C型肝炎 □ 脳疾患
- 糖尿病 □ うつ □ HIV □ 腎臓病
- 骨粗しょう症 □ パニック障害 □ 結核 □ その他 ( )

■現在通院している病院はありますか

- いいえ □ はい 病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 先生 病名 \_\_\_\_\_

■1年以内に入院・手術をされましたか もしくは予定がありますか

- いいえ □ はい 手術名 \_\_\_\_\_

■現在 服用している薬はありますか？

- いいえ □ はい 薬名 \_\_\_\_\_ ※お薬手帳をお持ちの方は提示してください

■アレルギーはありますか？

- いいえ □ 薬 (薬名) \_\_\_\_\_ □ 金属
- 食品 (食品名) \_\_\_\_\_ □ ゴム (ラテックス)
- その他 ( )

■(女性の方へ) 妊娠中ですか？または授乳中ですか？

- いいえ □ はい (予定日 月) □ 検査を受ける予定 □ 授乳中

全身について