

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



<input type="checkbox"/> 右上	<input type="checkbox"/> 上前歯	<input type="checkbox"/> 左上
<input type="checkbox"/> 右下	<input type="checkbox"/> 下前歯	<input type="checkbox"/> 左下

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

■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

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 | <input type="checkbox"/> C型肝炎 | <input type="checkbox"/> 脳疾患 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> うつ | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> パニック障害 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 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・手術をしましたか 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？

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 薬 (薬名) _____ | <input type="checkbox"/> 金属 |
| <input type="checkbox"/> 食品 (食品名) _____ | <input type="checkbox"/> ゴム (ラテックス) |
| | <input type="checkbox"/> 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

治療について

全身について