

| | | | |
|--|----------------------------------|----------------|----|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | 男・女 | 大・昭・平・令 年 月 日生 | 歳 |
| 現住所 〒 | 自宅電話 () 携帯電話 () E-Mail @ | | |
| 都合により連絡をお取りすることがありますが、どちらがよろしいでしょうか 自宅電話 ・ 携帯電話 ・ E-mail | | | |
| 当院を何でお知りになりましたか?よろしければお聞かせ下さい。(複数回答可) <input type="checkbox"/> ご家族、ご友人の勧め() <input type="checkbox"/> インターネット・HPを見て <input type="checkbox"/> 家・職場が近くなので <input type="checkbox"/> 近くを通りかかって <input type="checkbox"/> その他() | | | |

(1) 来院の理由をお聞かせください

- A. ムシ歯の治療をしたい
 a:痛くてたまらない b:かむと痛い
 c:時々痛い d:しみる e:痛みは無い
- B. 歯が浮いている
 C. 歯ぐきが腫れた
 D. つめものがとれた
 E. 義歯がこわれた
 F. 歯を白くしたい
 G.インプラント(人工歯根)をいれたい
 H.歯石除去・クリーニングをしてほしい
 I.フッ素を塗ってほしい
 J.検診をしてほしい
 K.その他()

(2) どのような治療をご希望ですか(複数可)

- 1.今痛みがあるところだけを治療してほしい
 2.悪いところはすべて治療してほしい
 3.保険の範囲内で治療してほしい
 4.なるべく保険の範囲内で。保険のきかない所は
 自費でもかまわない
 5.最も良い材料で。保険の範囲外でもかまわない
 6.医師と相談して決めたい
 7.よくわからない

(3) 以前に歯科の診療を受けられたのはいつですか
()ヶ月前 ()年前 受けたことがない

そのときは治りましたか
はい いいえ 途中でやめた

(4) 現在、病気にかかっていますか

はい(病名:) いいえ

(5) 現在、薬を飲んでいらっしゃいますか

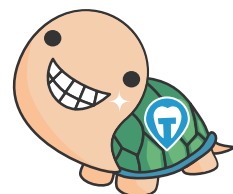
はい(薬品名:) いいえ

(6) 今までにどの病気になられたことがありますか

- 0.なし 1.心臓病 2.リウマチ
 3.てんかん 4.甲状腺の病気 5.腎臓病
 6.高血圧症(通常 / 投薬 /)
 7.ぜんそく 8.糖尿病 9.脳卒中
 10.肝臓病・肝炎(A・B・C・その他) 11.HIV
 12.その他()

(7) 麻酔(全身・局所)をして手術を受けたり、
抜歯をしたことがありますか はい いいえ
その時、気分が悪くなったり、異常反応がありましたか
はい いいえ(8) 薬でアレルギー反応がでたことがありますか
はい いいえ(9) 出血が止まりにくかったことがありますか
はい いいえ(10) 副腎皮質ホルモン剤(プレドニン・コチゾン等)
使用されたことがありますか はい いいえ

(11) 現在、妊娠中ですか はい いいえ

(12) 医師・歯科医師より薬の使用に注意するように
いわれたことがありますか はい いいえ(13) 歯科医師に特にお伝えになりたいことが
ございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました。