

患者様によりよい治療を受けていただくために
あなたのことを教えてください。なお、プライバシーは厳守致します。

年 月 日

フリガナ

男
・

氏 名

昭和・平成・令和

年

月

日生

(才)

女

〒

住 所

TEL

E-mail

@

docomo.ne.jp / ezweb.ne.jp / softbank.ne.jp / i.softbank.jp
gmail.com / icloud.com (その他は下にご記入ください)

携帯電話

勤務先

TEL

1. どうされましたか

- ① 虫歯を治したい ② つめ物かぶせものがとれた ③ 歯石をとってほしい
④ 歯ぐきが赤れた ⑤ 歯ぐきから血が出る ⑥ 歯がぐらぐらする
⑦ 入れ歯の具合が悪い ⑧ 歯がなくて噛めない ⑨ 親知らずが気になる
⑩ 歯ならびの相談をしたい ⑪ 歯ぎしり用にマウスピースがほしい
⑫ 歯の色が気になる ⑬ ホワイトニングをしたい ⑭ 白い詰め物、被せ物をしたい
⑮ 子供の歯並びが気になる ⑯ マウスピース矯正をしたい ⑰ 金具のない入れ歯にしたい
⑰ その他 ()

2. どんな症状がありますか

- ① ズキズキ痛い ② 咬むと痛い ③ 冷たいもの・温かいものがしみる
④ 痛みはないが、違和感がある ⑤ 痛みはない
⑥ その他 ()

どのあたりが気になりますか？

○をつけてください

左上

上前

右上

いつから ()

左下

下前

右下

(正面から見て)

3. 服用している薬は
ありますか

- ① ない
② ある (薬名: 何の薬:)
※わかる範囲で結構です

4. 右記の病気にかかられたことは

- ① ない ② 高 (低) 血圧 (~ mmHg) ③ 心臓病
④ 肝臓病 (B肝・C肝・その他) ⑤ 腎臓病 ⑥ 骨そしょう症
⑦ 糖尿病 (HbA1c %) ⑧ 喘息 (ぜんそく) ⑨ 脳卒中 ⑩ てんかん
⑪ 甲状腺の病気 ⑫ リウマチ熱 ⑬ 花粉症 ⑭ その他 ()

今現在、治療中 (通院中) ですか

- ① いいえ ② はい (病院・担当医名:)

5. 今まで歯科治療時に
異常は

- ① ない ② 血がとまりにくかった ③ 気分が悪くなった
④ 貧血を起こした ⑤ その他 ()

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

- ① いいえ ② はい

6. 体に合わない薬やアレルギー
(食物・金属・ゴムなど) は
ありますか

- ① ない
② ある (かぶれた・発疹ができた・その他)

7. 女性の方のみ (該当する方)

- ① 妊娠 () ヶ月 ② 妊娠しているかもしれない ③ 授乳中
④ 出産予定日 (月 日)

8. その他ご希望または心配なことがありましたらどうぞご遠慮なくお書き下さい

9. 12歳以下の方と同居しておりますか？

- ① 同居している ② 同居していない

当院をどのようにお知り
になりましたか

(・紹介 (御紹介者: 様) ・家族 (お名前: 様)
・ホームページ (P.C.・携帯) を見て・通りから見えるため ・家が近いため
・電話帳を見て ・その他 (雑誌を見て・看板を見て))

ご協力ありがとうございました