

診療を受けられる方へ

患者様によりよい治療を受けていただくための大切な資料となります。
できるだけ正確にご記入下さい。尚、プライバシーは厳守致します。

平成 年 月 日

ふりがな
おなまえ 男・女 明 昭 大 平 年 月 日生 (歳)

〒
おところ

Tel.

ご職業

携帯電話
(よろしければ)

1. 当院は ・はじめて ・前に来たことがある (年 月ごろ)

2. 当院をおしりになったのは ① 近所 ② 看板 ③ 通勤・通学途中 ④ 家族の紹介
⑤ 知人の紹介 (さん) ⑥ その他 ()3. どうなさいましたか ① ムシ歯を治したい ② 歯石をとりたい
③ 歯ぐきがはれた ④ つめもの・かぶせがとれた
⑤ 歯がぐらぐらする ⑥ 歯がなくてかめない
⑦ 入れ歯の具合が悪い ⑧ 入れ歯を作りたい
⑨ インプラントの相談 ⑩ 歯並びの相談
⑪ 定期検診 ⑫ その他 ()

今、現在の痛みは

① すごく痛い ② 痛む ③ 痛みはない
④ 冷たいものがしみる ⑤ 咬めない ⑥ 違和感がある4. どこが悪いと思われますか 右上 上前 左上 左下 いつから ()
右下 下前

5. 現在服用しているお薬は ① ない ② ある ()

6. 内科的疾患は ① ない ② 心臓病 ③ 高血圧 (~ mmHg)
④ 腎臓病 ⑤ 肝臓病 (・B肝 ・C肝 ・その他)
安全のため少しでもあり
ましたらご記入下さい
⑥ ぜんそく ⑦ 糖尿病 (HbA1c %)
⑧ () 病院通院中 ⑨ その他 ()

7. 今までに歯を抜いたことがありますか ① ない ② ある

8. 今までに歯科治療で異常は 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 麻酔がききにくかった ⑥ その他 ()

9. 体に合わない薬やアレルギーは ① ない ② ある ()

10. 女性のみ ① 妊娠 () ヶ月 ② ありうるかもしれない ③ 授乳中

11. 喫煙の有無 ① 吸わない ② 吸う (1日に 本ぐらい)

12. この機会に ① 悪いところは全て治したい ② 今痛んでいるところだけ治したい
③ 歯周病の治療もしたい ④ 相談の上治したい

13. 治療の希望 ① 健康保険の範囲内で ② 相談のうえ、必要に応じて自費治療も検討する

14. 最後にかかった歯科医院名 ()

15. 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。