

No. _____

初診日 年 月 日

| | | |
|-----------------|-----------|---------------------------|
| フリガナ お名前 | 性別 男・女 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日()歳 |
| ご住所 | 電話 () | |
| 勤務先 | 電話 () | |
| かかりつけ の医院名 | 電話 () | |
| ご紹介者があればお書き下さい。 | | 様 ご関係 |

お願い あなたの健康状態や体質を知ることが、確実な診断、治療計画、治療方法等を決定するための参考になりますので、下記の事項について正確にご記入下さい。(お答えは○印でかこんで下さい)

- ◆当院は初めてですか _____ 1.初めて 2.以前に来院した 年 カ月位前
- ◆ご来院の理由は _____ 1.むし歯の治療 2.つめたものがとれた 3.歯ぐきが痛い
4.歯ならびをなおしたい 5.歯の消滅をしたい 6.入れ歯をなおしたい
7.検査をしてほしい 8.その他()
- ◆どこが痛いですか _____ 右上 | 上前 | 左上 2.歯・歯肉(はぐき) ・頬(ほっぺた) ・舌(べろ)
右下 | 下前 | 左下 ・口唇(くちびる) ・顎(あご)
- ◆現在のあなたの健康状態は _____ 1.良好 2.不良 3.病氣中(病名)
4.生理中 5.妊娠 カ月
- ◆今までに大きな病気をしたことがありますか _____
1.心臓 2.甲状腺 3.肝臓 4.腎臓 5.糖尿病 6.血液 7.喘息 8.高血圧
9.低血圧 10.脳卒中 11.神経 12.その他()
- ◆現在、飲んでいる薬は _____ 1.ない 2.ある(薬品名)
- ◆体質にあわない薬は _____ 1.ない 2.ある(薬品名)
- ◆アレルギーや特異体質がありますか _____
1.ない 2.ある ・アレルギー(麻酔薬・抗生物質・ビリン系薬剤・その他
の薬剤) ・血が止まりにくい ・貧血を起こしやすい ・その他
- ◆歯の麻酔注射をして異常はありませんか _____
1.ない 2.ある ・麻酔が効かない ・気分が悪くなった
- ◆歯を抜いたことがありますか _____ 1.ない 2.ある 年 カ月前
- ◆その時に異常は _____ 1.ない 2.ある ・血が止まらない ・貧血を起こした ・発熱
・何日も痛みが続いた
- ◆最後に歯科治療をされたのはいつですか _____ 年 月 日
- ◆診療についてのご希望は _____ 1.痛いところだけ治したい 2.悪いところは全部治したい
3.今回は応急処置だけ

◆来院しやすい時間帯に線を入れて下さい。

| | | | | | | |
|------|-------|------|------|------|------|------|
| 9:00 | 12:00 | 2:00 | 4:00 | 6:00 | 7:00 | 7:30 |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

◆その他、ご希望、ご相談等がございましたらお書き下さい。