

治療の参考とさせていただきますので、すべての項目にご記入くださいますようお願いいたします。

ふりがな				職業			
氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
		年齢	歳				
住所	〒 -						
電話番号	-	-	携帯番号(必須)	-	-		
メールアドレス	@						
本日はどうなさいましたか?	1. 痛い 2. しみる 3. 欠けた 4. 腫れ・出血 5. 虫歯がある 6. 詰め物がとれた 7. 入れ歯 8. 歯石や着色が気になる 9. ホワイトニング/見た目の改善 10. 顎が痛い 11. セカンドオピニオン 12. スポーツマウスピース 13. その他()						
過去、現在において、右記の病気などで通院経験がありますか?	ありません / あります ※通院歴がある場合は下記からお選びください(必ずご記入ください) 1. 肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・そ2. 高血圧 3. 心臓/脳血管の循環器系疾患 4. 糖尿病 5. 血液疾患 6. 腎疾患(透析: あり / なし 7. 花粉症 8. 蓄膿症 9. 喘息 10. その他()						
現在、医療機関に通院中ですか?	いいえ / はい ※はいを選ばれた方は詳細を下記へ記載してください 医療機関名 / 担当医名:						
現在の血圧は?	最高 _____ mmHg ・ 最低 _____ mmHg / わかりません						
輸血の経験は?	ありません / あります ※ありますを選ばれた方:それはいつですか?()						
お薬を服用中ですか?薬品名もご記入ください。お薬手帳をお持ちの方は必ずご提示ください。	いいえ / はい ※骨粗しょう症の治療経験のあるかたは、必ずお申し出下さい 1. 降圧剤 2. 血をサラサラにする薬 3. 安定剤 4. 鎮痛剤(痛み止め) 5. 胃薬 6. 喘息薬 7. 抗生剤 8. 骨粗しょう症(服用 / 点滴) 8. サプリメント(9. その他() 【薬品名】						
お薬を飲んで副作用が起こったことはありますか?	ありません / あります ※ありますを選ばれた方は詳細を下記へ記載してください お薬名: 症状: 1. じんましん 2. 下痢 3. 動悸 4. 眠気 5. 呼吸困難 6. 便秘 7. その他()						
歯科麻酔の経験はありますか?	ありません / あります						
抜歯の経験	ありません / あります ※抜歯をされたことがある方は下記もご回答ください						
抜歯時に異常はありましたか?	ありません / あります 1. 血が止まらなかった 2. 貧血を起こした 3. その他()						
喫煙習慣の有無	いいえ / はい ※はいを選択された方 : 一日の喫煙本数 _____ 本						
女性の方への質問	妊娠の可能性はありますか?	ありません / あります ※妊娠されている方: 妊娠週 _____ 週					
	授乳中ですか?	いいえ / はい					
当院をお知りになったきっかけ	1. 看板 2. インターネット 3. 近所 4. 口コミ 5. 以前に通院していた 6. 紹介(ご紹介者名: _____) 7. その他()						
治療方針に関してご希望があればお伺いします。 ※該当するものがありましたら、○をつけてください	① ドクターや衛生士から詳しい説明を受けた上で決めたい ② なるべく劣化しない良い材質を使いたい ③ 治療方針は歯科医師にできるだけお任せしたい ④ なるべく歯を削ったり抜いたりしたくない ⑤ 時間がかかってもよいので、丁寧な診療をしてほしい ⑥ 今悪い所だけでなく、検査で見つかった悪いところや将来的なリスクも知りたい ⑦ 金属でなく、出来る限り白い詰め物や被せ物にしたい ⑨ 歯、口から全身の健康に繋がりたい ⑩ 可能な限り保険治療で治したい ⑪ その他()						