

日付 年 月 日

(フリガナ)

氏名

生年月日 年 月 日生 (才)

* 現住所 〒

電話 ()

E-mail

FAX ()

勤務先名

* 所在地 〒

電話 ()

職業 (なるべく具体的に)

治療完了後、定期検診のご案内を差し上げますので、*印のどちらかご都合のよい方に○印をつけて下さい。

●変更後の住所

〒

電話 ()

E-mail

■ 一般 的 な ご 質 問 ■

恐れ入りますが、次のご質問についてご記入ください。

主治医名および住所

電話 ()

最後にかけた歯科医名

当医院への紹介者

—以下 該当の個所を○で囲んで下さい—

● 独 身 既 婚

● 来院された主な理由

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. ムシ菌の治療 | 6. 歯を美しくしたい |
| 2. 歯槽膿漏の治療 | 7. 歯ぎしりの治療 |
| 3. 入れ歯を入れたい | 8. 口臭が気になる |
| 4. 歯ならびを治したい | 9. 精密検査、定期診査を希望 |
| 5. 歯石をとってほしい | 10. その他 () |

● 当クリニックを何でお知りになりましたか

- | | | |
|--------------|------------|------------|
| 1. 知人の紹介や勧めで | 3. 職場が近いので | 5. ホームページ |
| 2. 住居に近いので | 4. 広告をみて | 6. その他 () |

■ 健康に関するご質問 ■

次の質問に○印でお答えください。これは当院外に持ち出されることなく、秘密書類としてあくまで永久的な記録の目的のために、保存させていただきます。

●恐れ入りますが、ご記入が終わりましたら、必ずご署名をお願いいたします。

1. 現在のあなたの健康状態は 良 好 普 通 不 良 ()
2. 現在、内科医にかかっていますか・ はい いいえ
3. 局所麻酔によって異常な反応がありましたか・ はい いいえ
4. 下のような薬物によって、副作用(異常な反応)がありましたか

1. 睡眠薬 はい いいえ	3. ヨード剤 はい いいえ	5. かぜ薬 はい いいえ
2. 鎮痛剤 はい いいえ	4. 抗生物質 はい いいえ	6. その他の薬剤 はい いいえ
5. 現在、飲んでいる薬がありますか(あればその名前) ()
6. 次のような病気や、状態になったことがありますか・ はい いいえ

1) 心臓病(心筋梗塞、不整脈など)	8) 糖尿病	15) 腫瘍
2) 高血圧症 (/)	9) リウマチ熱	16) 蓄膿症
3) 低血圧症 (/)	10) 関節炎	17) ヘルペス
4) 呼吸器疾患(結核など)	11) てんかん	18) 性病
5) ぜんそく	12) アルコール中毒	19) 緑内障
6) 肝臓病(肝炎など)	13) 血液疾患(貧血、血友病など)	20) たちくらみ、めまい
7) 腎臓病	14) 潰瘍(胃、十二指腸)	21) 頭部及び顎の外傷
7. 入院したことがありますか・ はい いいえ
 (年頃 期間 病名)
8. 重い病気にかかったことがありますか・ はい いいえ
 (病名)
9. 手術を受けたことがありますか・ はい いいえ
 (病名)
10. 輸血を受けたことがありますか・ はい いいえ
11. あなたの血液型は何型ですか・ A B AB O
12. 腫瘍など放射線治療を受けたことがありますか・ はい いいえ
13. 怪我をした時に、血が止まりにくいことはありますか・ はい いいえ
14. 切傷などが治りにくいことがありますか・ はい いいえ
15. 自分自身を神経質だと思われますか・ はい いいえ
16. ご婦人へ 女性ホルモン薬をのんでいますか・ はい いいえ
17. ♀ 現在、妊娠しておられますか(ヵ月)・ はい いいえ
18. ♀ 閉経期(更年期)にある、過ぎましたか・ はい いいえ
19. ♀ 子宮切開手術や卵巣摘出手術を受けたことがありますか・ はい いいえ

20. あなたの歯の状態は、健康状況に影響を与えていると思いますか はい いいえ
21. 現在のあなたの歯の外観に、あなたは不満足ですか はい いいえ
22. 歯科治療を受けることに対して、何か不安がありますか はい いいえ
23. 温かさ、冷たさを敏感に感じる歯がありますか はい いいえ
24. 食べ物を噛むのに困難を感じますか はい いいえ
25. 歯肉から出血しますか はい いいえ
26. 歯槽膿漏の治療した経験がありますか又は「歯肉に問題がある…」と言われたことがありますか はい いいえ
27. 歯と歯の隙間がだんだん大きくなるのに気が付いたことがありますか はい いいえ
28. 噛み合わせが変わったのに気が付いたことがありますか はい いいえ
29. 歯を食いしばったり、歯ギリシりをしたりしますか はい いいえ
30. 咬合調整をしてもらったことがありますか はい いいえ
31. 口を大きく開けるのに困難を感じますか はい いいえ
32. 耳や、耳のあたりに痛みを感じますか はい いいえ
33. 肩こり、偏頭痛が気になりませんか はい いいえ
34. 矯正治療を受けたことがありますか はい いいえ
35. 以前歯科治療を受けたときに、何か弊害が起りましたか はい いいえ
36. 歯科麻酔によって、異常な反応がありましたか はい いいえ

●診療についての希望

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1. 今痛んでいるところだけ治療したい | 4. 費用がかかっても自分にとって最良の方法で治療したい |
| 2. 悪いところは全部治療したい | 5. 先生と相談して決めたい |
| 3. 健康保険の範囲で治療したい | 6. その他() |

●診療予約時間についての希望

1. ご都合のよい日は、
- _____ 曜日 ● 何曜日でもよい
2. ご都合のよい時間は
- { 午前 時 頃
- { 午後 時 頃
3. 何時でもよい

●その他、歯科治療に対してご希望がありましたらお書き下さい

署名 _____