

この用紙は当医院での歯科治療を安心して受けるために記入して頂くもので、関係者以外の目に触れるものではない為、ご自身もしくは、保護者が正確にお答えください。

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

職業・勤務先 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### 1 来院された理由 ○で囲ってください

①歯又は歯肉に痛みがある⇒甘物がしみる 冷たい物がしみる 熱いものがしみる  
噛むと痛い その他 ( )

②虫歯 ③歯がぐらぐらする ④歯肉からの出血 ⑤詰め物が取れた

⑥入れ歯の具合が悪い ⑦歯石の除去 ⑧検診 ⑨外観の改善 ⑩その他

### 2 健康状態について現在かかっている病気は○ 過去にかかった病気は✓を付けてください。又病名のわかる方は、記入をしてください。

心臓の病気 (心筋梗塞 心不全など) 甲状腺の病気 蓄膿症 貧血

肝臓の病気 (肝炎 肝硬変など) 血圧の異常 (高血圧 低血圧) 性病

血液の病気 (血友病など) 消化器の病気 糖尿病 H I V

アレルギー (アトピー ぜん息) 精神の病気 (うつ病 てんかん)

脳血管系の病気 (脳梗塞など) 腎臓の病気 リウマチ その他

病名 \_\_\_\_\_

### 3 以下の質問にお答え下さい

①常用している薬はありますか? はい (薬名 \_\_\_\_\_) いいえ

②歯科治療で麻酔注射を受けた事がありますか? はい いいえ

(その時に不快事項のあった方は、症状をご記入ください) \_\_\_\_\_

③アレルギー体質がありますか? はい いいえ

④血が止まりにくい事がありましたか? はい いいえ

⑤手術や輸血を受けた事がありますか? はい \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 いいえ

⑥医師又は歯科医師から薬の使用に際し注意された事は、ありますか?

はい 薬名 \_\_\_\_\_ いいえ

⑦女性の方は現在、妊娠されていますか? はい いいえ わからない

### 4 歯科治療に関連して以下の質問にお答えください

☆今回治療する範囲は?

①悪いところは全部 A 通院回数が多くても少しずつ治療をしたい

B 一度にたくさん治療して通院回数を少なくしたい

②今痛くて具合の悪いところだけ

③応急処置のみしてもらえればそれでよい

☆治療に関する費用について

① 健保の範囲内で治療したい (A, B どちらかに○をつけてください )

A 一応保険以外の方法での治療法の説明を聞いておきたい

B 余分な説明は、必要ないのでなくてよい

②健保の利く治療は保険で、利かない治療は自費で

③健保にこだわらず審美性や耐久性を重視したい

☆ 治療に際し、特に要望しておきたい事がありますか? \_\_\_\_\_

### 5 当院を何でお知りになりましたか

① 以前も来たことがある

② ホームページを見た

③ 知人の紹介 (お名前 \_\_\_\_\_ )

④ その他 ( \_\_\_\_\_ )