

受診されるにあたって

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	男・女	紹介者	さん
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	才 職 業	
住 所			☎	
勤務先(学校名)			☎	

1. 当院におみえになったのは 初めて 以前に来たことがある(月位前・ 年位前)
2. どうなさいましたか 歯が痛い 虫歯がある 定期検診 歯ぐきが腫れた
 歯ぐきが痛い 口臭がある 歯が動く 入れ歯が痛い
 入れ歯を入りたい 冠・つめものが取れた 顎が痛い
 歯並びが気になる ホワイトニング フッ素塗布 インプラント
 その他()
3. 麻酔の注射をして異常がありましたか ない ある()
4. 歯を抜いたことがありますか ない ある(月・ 年位前)
その時異常がありましたか ない ある()
5. 薬を飲んで異常がありましたか ない ある→ 胃が痛くなる 発疹が出る かゆくなる
 はきけがする (薬名)
6. アレルギーがありますか ない ある→ じんま疹ができる、(薬、食べ物)
 かぶれやすい ぜんそくがある その他
7. 内科的な病気はありますか ない ある→ 心臓 肝臓(B型肝炎・C型肝炎) 腎臓
 糖尿 皮フ 高血圧・低血圧(血圧=)
 その他()
8. 現在飲んでいる薬はありますか ない ある(薬名)
9. 妊 娠 中 で す か いいえ はい(月) 可能性がある
10. かかりつけの病院は、ありますか(先生) ()
11. タバコは吸いますか? いいえ はい 本/日
12. 治 療 に つ い て 痛い所だけ治したい 悪い所は全部治したい
 健康保険の範囲内で治したい 必要があれば保険外の治療も受けたい
13. 来院可能な時間帯 いつでもよい 午前 時頃 午後 時頃
14. 治療について希望がございましたら ()