

# 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 ( )