



お名前を ひらがなで _____

Age 歳

ご住所:〒 _____ : _____ 自宅Tel _____

他の連絡先: _____ 携帯 _____

※ 該当する所に○を付ける、あるいはご記入お願いします(答えられる範囲で結構です)

1. どうなさいましたか?

- * 冷たいものがしみる
- * 温かいものがしみる
- * ずきずきする
- * 噛むと痛い
- * 詰め物・冠がとれた
- * 歯茎が腫れた
- * 自分の歯が欠けたor穴が開いた

>>>> 部位がお分かりでしたら印を付けて下さい→

- * 右上奥歯
- * 上の前歯
- * 左上奥歯
- * 右下奥歯
- * 下の前歯
- * 左下奥歯

(おおよそで結構です)

* 他 【 _____ 】

- * 入れ歯がこわれた
- * 歯石をとってほしい(クリーニング)
- * 口内炎で悩む
- * 今入れている入れ歯が痛い
- * ホワイトニングしたい→(無カタラーゼ症の方は不可)
- * 入れ歯を新しく作りたい
- * 口臭が気になる
- * 全体的にチェックしてほしい

2. アレルギー/特異体質はございますか? また飲まれて体に異常を生じた薬は?

- * 無い
- * ある~
- * ヨード系
- * 抗生剤(その名称は?)
- * アスピリン喘息
- * 金属アレルギー(どんな金属?)
- * アトピー性皮膚炎
- * 食品アレルギー(どんな食品?)



3. 今までに歯科で治療を受けた際、異常を感じたことがありますか? (歯科麻酔 等で)

- * 特に問題は無かった
- * 有る(具体的にお書きください)

【 _____ 】

4. 歯科治療は怖いですか?

- * 特になんとも思わない
- * 怖い(具体的にお書きください)

【 _____ 】

5. 過去5年以内に大きな病気や手術を経験されていますか?

- * 無い
- * ある~心臓発作や脳血管障害等<病名、時期をお書きください>

【 _____ 】

6. 現在通院されていますか?

- * していない
- * 通院中です _____ 病院・医院 _____ 科

- * 心臓疾患
- * 血液疾患
- * 腎臓疾患
- * 肝臓疾患
- * ペースメーカー使用中
- * 糖尿病
- * B型/C型肝炎
- * HIV
- * 骨粗鬆症薬(BS剤)服用中
- * 高血圧症
- * 低血圧症 (最低血圧 _____ ~最高血圧 _____)



7. 現在ご使用の薬は?

- * 飲んでない
- * 飲んでいる...どんな薬ですか?(例えば、'血をサラサラにする薬'等)

【 _____ 】

8. 治療について...

- * 今悩んでいる所だけでよい
- * 他に悪い所があれば後々きちんと治したい

9. 治療について...

- * 保険の範囲内で治したい
- * なるべく保険で、但し保険外の治療法も場合によって検討したい

10. 妊娠中の方へ...現在、妊娠 _____ ヵ月

11. 現在授乳中の方は○を付けてください * 授乳中



12. 治療期間について... _____ 月 _____ 日までに終わってほしい

(長期の出張、旅行、お祝い事、等ありましたら前もってお申し出ください)

♡ その他承っておくことがございましたらお書きください(ご希望・ご要望、何でもどうぞ)

【 _____ 】

★ 当院に来院されたのは...(複数回答可)

- * 当院ディスプレイを見て
- * 駅看板を見て
- * 近所で通院しやすい
- * たまたま目についたので
- * インターネットを見て(どんなサイトですか?)
- * 友人/知人の紹介
- 様のご紹介で
- * 親族が来院

様 ご回答ありがとうございます