

|      |                      |      |     |
|------|----------------------|------|-----|
| ふりがな |                      | 電話番号 | ( ) |
| 名前   |                      |      |     |
| 住所   | 〒                    | お勤め先 |     |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳 | ご職業  |     |

◆本日はどうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてほしい  
詰め物がとれた・かぶせ物が取れた  
検診希望・歯のおそうじをしたい  
その他 ( )
- 歯が痛い・しみる  
入れ歯・さし歯を入れたい  
歯ざしりが気になる
- 歯ぐきのはれた・痛い  
歯のホワイトニングがしたい  
顎が痛い・口があきづらい ( )

◆場所はどこですか？

- 右上 上前 左上 歯 舌 顎 歯ぐき 唇 頬  
右下 下前 左下

◆いつから痛みますか？気になっていませんか？

- 今日初めて 昨日から 時々  ( ) 日くらい前から ずっと前から

◆痛み方は？

- 何もしなくても痛い 咬むと痛い 触ると痛い その他 ( )

◆冷たいものは？

- しみる しみない

◆熱いものは？

- しみる しみない

◆治療部位の希望はございますか？

- もし他にも治療の必要なところがあれば、治療したい 今、気になるところだけ治療したい

◆治療方法の希望はございますか？

- 全て保険の範囲内で治療したい 保険内で、もし保険の効かないものは説明を聞きたい  
できれば、麻酔をして治療して欲しい 特に希望はない

◆一番最後に歯医者さんへ行かれたのはいつ頃ですか？また、どんな治療をしてもらいましたか？

- \_\_年前 \_\_ヶ月前 \_\_週前 わからない (虫歯治療・おそうじ・抜歯・かぶせ物・義歯)  
 (その他 )

◆麻酔の注射をしたことはありますか？ 歯を抜いたことはありますか？

- 麻酔 ない ある 抜歯 ない ある

◆麻酔や歯を抜いた際に、異常が起きたことはありますか？

- ない ある (気分が悪くなる・貧血を起こした・麻酔が効きづらい・血が止まらなかった)  
 (その他 )

◆現在、治療中または、過去に治療した病気はありますか？

- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎  
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 血液サラサラの薬を飲んでいる  
その他 ( )

◆現在何かお薬を飲んでいますか？

- いいえ はい (薬名: )

◆お薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因: 症状: )

◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康 風邪気味 熱がある 疲労 睡眠不足

◆(女性の方へ)現在、妊娠中ですか？

- いいえ はい 可能性あり

現在、授乳中ですか？

- いいえ はい

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 (ご紹介者 様) インターネット 通勤・通学路

- パンフレット・チラシ 通りがかり その他 ( )

◆その他ご要望があればご記入ください ( )