

ふりがな		電話番号	()
名前			
住所	〒	お勤め先	
生年月日	西暦 年 月 日 () 歳	ご職業	

◆本日はどうなさいましたか？

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある | <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた |
| <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものが取れた | <input type="checkbox"/> 歯が抜けた・抜けそう | <input type="checkbox"/> 入れ歯・さし歯の相談 |
| <input type="checkbox"/> 歯石除去・歯のおそうじ | <input type="checkbox"/> 歯ぎしりの相談 | <input type="checkbox"/> ホワイトニングの相談 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

◆場所はどこですか？

- | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 右上 | <input type="checkbox"/> 上前 | <input type="checkbox"/> 左上 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 顎 | <input type="checkbox"/> 歯ぐき | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 頬 |
| <input type="checkbox"/> 右下 | <input type="checkbox"/> 下前 | <input type="checkbox"/> 左下 | | | | | | |

◆いつからですか？

- 最近 数週～1ヶ月以内ぐらい それ以上前から

◆どんなとき痛いですか？

- 何もしなくても痛い 咬むと痛い 冷たい・熱いで痛い 触ると痛い

◆歯科医院を受診するのはどれくらいぶりですか？

- 初めて 数週～数ヶ月ぶり 1年ぶりぐらい それ以上

◆今まで、歯科治療で麻酔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

◆その際に、異常が起きたことはありますか？

- 麻酔が効きにくかった 血が止まりにくかった 腫れた 貧血を起こした

◆現在、治療中の疾患はありますか？ また、飲んでいる薬はありますか？ (花粉症・風邪薬以外で)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧の値は？ /) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (ヘモグロビンの値は？) |
| <input type="checkbox"/> 血液サラサラの薬を飲んでいる | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬を飲んでいる |
| <input type="checkbox"/> 貧血 (鉄剤を飲んでいる) | <input type="checkbox"/> 高脂血症・コレステロール |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカーを装着している | <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 整形外科 (腰痛など) | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

◆アレルギーはありますか？

- 飲み薬 () 食べ物 () 金属 ()

◆(女性の方へ) 現在、妊娠中の方 (約 月) (出産予定日)

現在、授乳中の方 (お子さんは 才 月)

◆当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご家族が通院している (お名前 様)
- ご友人・知人のご紹介 (お名前 様)

◆その他、お伝えしたいことがございましたらご記入ください