

診療を受けられる方へ

No. _____

患者様によりよい治療を受けていただくために
あなたのことを教えてください。なお、プライバシーは厳守致します。

年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 昭和・平成・ _____ 年 月 日生 (才) 男・女

〒 _____ 住 所 _____ TEL _____

E-mail _____ @ docomo.ne.jp / ezweb.ne.jp / softbank.ne.jp / i.softbank.jp
gmail.com / (その他は下にご記入ください)

携帯電話 _____

勤務先 _____ TEL _____

1. どうされましたか
① 虫歯を治したい ② つめ物かぶせものがとれた ③ 歯石をとってほしい
④ 歯ぐきをはれた ⑤ 歯ぐきから血が出る ⑥ 歯がぐらぐらする
⑦ 入れ歯の具合が悪い ⑧ 歯がなくて噛めない ⑨ 親知らずが気になる
⑩ 歯ならびの相談をしたい ⑪ インプラント(人工歯根)の相談をしたい
⑫ 歯ぎしり用にマウスピースがほしい ⑬ 歯の色が気になる
⑭ その他 (_____)

2. どんな症状がありますか
① ズキズキ痛い ② 咬むと痛い ③ 冷たいもの・温かいものがしみる
④ 痛みはないが、違和感がある ⑤ 痛みはない
⑥ その他 (_____)

どのあたりが気になりますか? _____
○をつけてください 右上 上前 左上 いつから (_____)
右下 下前 左下

3. 服用している薬はありますか
① ない ② ある (薬名: _____ 何の薬: _____)
※わかる範囲で結構です

4. 右記の病気にかかられたことは
① ない ② 高(低)血圧 (_____ ~ _____ mmHg) ③ 心臓病
④ 肝臓病 (B肝・C肝・その他 _____) ⑤ 腎臓病 ⑥ 骨そしょう症
⑦ 糖尿病 (HbA1c _____ %) ⑧ 喘息(ぜんそく) ⑨ 脳卒中 ⑩ てんかん
⑪ 甲状腺の病気 ⑫ リウマチ熱 ⑬ 花粉症 ⑭ その他 (_____)

今現在、治療中(通院中)ですか
① いいえ ② はい (病院・担当医名: _____)

5. 今まで歯科治療時に異常は
① ない ② 血がとまりにくかった ③ 気分が悪くなった
④ 貧血を起こした ⑤ その他 (_____)

麻酔(全身・局所)をして手術を受けたり、抜歯をしたことがありますか
① いいえ ② はい

6. 体に合わない薬やアレルギー(食物・金属・ゴムなど)はありますか
① ない ② ある (かぶれた・発疹ができた・その他 _____)

7. 女性の方のみ(該当する方)
① 妊娠 (_____) ヶ月 ② 妊娠しているかもしれない ③ 授乳中
④ 出産予定日 (_____ 月 日)

8. 今回の治療について
① 痛いところだけ治してほしい ② 悪いところは全部治したい ③ 歯科医師と相談の上決めたい

9. 費用について
① 保険の範囲内で治してほしい ② 歯科医師と相談の上、必要に応じて自費診療も検討したい

10. その他ご希望または心配なことがありましたらどうぞ遠慮なくお書き下さい

当院をどのようにお知りになりましたか (紹介(御紹介者: _____ 様)・家族(お名前: _____ 様)
・ホームページ(P.C.・携帯)を見て _____ ・通りから見えるため _____ ・家が近いため _____
・電話帳を見て _____ ・その他(雑誌を見て _____ ・看板を見て _____))