

診療の前に

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。

下記質問へのご回答をお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 歳
現住所	〒 _____		
連絡先	自宅	携帯	メール アドレス

◆歯について

本日はいかがされましたか？

- 歯が痛い (痛みレベル1・2・3・4・5・6・7・8・9・10)
歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
口内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい
検診 クリーニング その他 ()

今回より前に歯科治療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他の医院で、()日前・()週間前・()か月前・()年前
 ⇒現在は、完治した 通院中 途中で止めた

◆治療のご希望について

- 悪いところは全部治したい
痛いところだけ、希望するところだけ治したい
できるだけ保険を使った治療を希望
自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当院を受診されたきっかけについて

- 以前から通院している 家族の勧め 友人・知人の勧め 自宅・職場に近いから その他
 (ご紹介者様)

◆生活習慣について

①歯磨き

《時間帯》起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前

《1回の時間》()分程度

《使うもの》歯ブラシ フロス 歯間ブラシ その他()

②喫煙習慣 なし あり 過去にあり

③睡眠時間 1日平均()時間程度

④習慣的によく飲むもの なし あり()

⑤間食 しない 規則正しく摂る 不規則に摂る

◆歯以外の病気について

通院中・治療中の病気はありますか？ ない

現在治療中の病気はにチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎(A・B・C)

アレルギー (薬・食物・金属・花粉・ハウスダスト・ラテックス・その他)

ぜんそく COPD 肝臓病 腎臓病 甲状腺疾患 副腎皮質機能不全

リウマチ がん 脳卒中 認知症 骨粗しょう症 HIV てんかん うつ病

その他()

◆お薬について

①現在服用中のお薬はありますか？

なし

ある(お薬手帳 お薬)を持ってきている →→ コピーさせていただきます。

お薬手帳をお忘れの方はお薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

()

当院使用欄	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病用薬 <input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド薬
	<input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制薬 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬 <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎薬
	<input type="checkbox"/> 睡眠鎮静薬、抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> その他

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ

◆おからだの状態について

生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

①階段を休まず2階まで昇れますか？ ①はい いいえ

②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ ②はい いいえ

③食べる時にむせることがありますか？ ③はい いいえ

④意識がなくなったり、気が遠くなったことがありますか？ ④はい いいえ

⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ⑤はい いいえ

⑥けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ⑥はい いいえ

⑦妊娠中ですか？ ⑦はい (月・予定日 /) 可能性・疑いあり いいえ

⑧授乳中ですか？ ⑧はい いいえ

以上になります。ご記入ありがとうございました。

カテ No. _____ 氏名 _____