

ふりがな 氏名		男・女	明昭平 大平	年 月 日生 (歳)
郵便番号	住所	電話		
職業・勤務先				電話
携帯番号	メールアドレス	@		
こちらの医院には	1. 前にきたことがある (年 月 日位前)			
	1. はじめて	A. ()さんの紹介 関係(友人・家族)		
	B. インターネット見て			C. その他()
最後に歯科治療を行ったのはいつですか	年前	ヶ月前	以前は()歯科医院	
主治医(かかりつけの内・外科の先生)	病院・医院		先生	

今後の診察に必要ですので下記の質問に○印をおつけ下さい。

どうなさいましたか	1. 歯 (1. しみる 2. ズキズキ痛い 3. 咬むと痛い 4. 親知らず痛い 5. 詰めた物が取れた 6. その他) 2. 歯肉 (1. 腫れて痛い 2. 血が出る 3. うみが出る 4. 歯肉が下がってきた 5. 口内炎がある 6. その他) 3. 入れ歯 (1. 新しく作りたい 2. 痛い 3. ゆるい 4. 割れた 5. その他) 4. 歯石(ヤニ)を取りたい 5. 歯を白くしたい 6. インプラントについて知りたい。 7. 矯正相談 8. その他()				
今どこがお痛みですか	右上奥歯 右下奥歯	上前歯 下前歯	左上奥歯 左下奥歯	右の顎	左の顎
いつごろからですか	日前から		ヶ月前から		
過去に注射をして異常が	ない	ある (痛かった・気分が悪くなった・覚めにくかった・効きにくかった)			
過去に歯を抜いたことが	ない	ある (その時異常が、なかった・あった【血が止まりにくかった・気分が悪くなった・腫れた・痛かった】)			
現在、内科的病気はありますか	ある ない	心臓病 B型肝炎	糖尿病 C型肝炎	高血圧・低血圧(/) 骨粗鬆症	貧血症 蓄膿症 癌() その他()
現在服用中の薬はありますか	ある ない	どのような薬ですか？(ビタミン剤・ホルモン剤・血圧の薬・糖尿病の薬・血栓予防薬・抗がん剤・抗うつ剤・その他())			
薬を飲んで副作用はありますか	ある ない	どのような薬ですか？ 1. 痛み止め 2. 抗生物質 3. その他() どのような症状ですか？ 胃が痛くなる かゆくなる 発疹ができる その他()			
特異体質やアレルギーはありますか	ある ない	花粉 ぜん息	アトピー 金属	化粧品 食物	動物 植物 じん麻疹ができる その他()
過去に手術の経験がありますか	ある ない	いつごろ() 病気の名前()		輸血したことが 有・無	
今までケガをした時(かすり傷)	出血は 傷口は	(普通に止まる・止まりが悪い) (普通になおる・なおりが悪い・化膿しやすい)			
タバコを吸いますか	吸う(1日 本)	吸わない	禁煙した(年前・ ヶ月前)		
その他	妊娠 ヶ月	生理中			
診療について	この機会に	1. 悪い所は全部なおしたい 2. 今痛んでいる所だけなおしたい			
	治療方法について	1. 最も良い治療方法でなおして欲しい 2. 保険のきかないところは自費でもかまわない 3. 保険の範囲でなおしたい 4. 相談したい			
	診療費について	1. 予め概算を聞いておきたい 2. その必要はない			
	ご希望の診察時間はありますか	1. ない 2. ある(曜日、午前・午後)			
	歯医者者のイメージは	1. 怖い 2. 痛い 3. 待ち時間が多い 4. その他() ・自分の口の中についてカウンセリング(相談)の時間を設けて欲しいですか いいえ・はい			
あなたが望む理想の歯科治療とはどのようなものですか。御希望がありましたらお書き下さい。					