

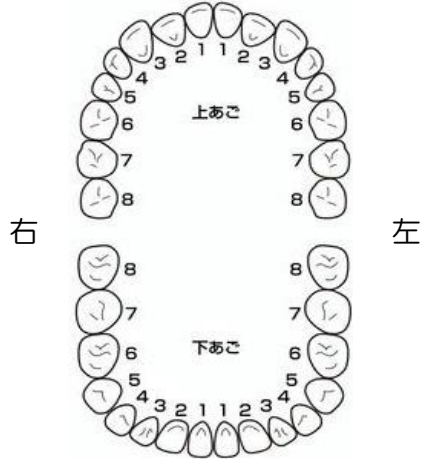
フリガナ	性別	生年月日	
お名前	男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
ご住所 〒			
ご職業		ご連絡先	
メールアドレス			

令和 月 日 °C

みんなの歯科医院にご来院くださり、ありがとうございます。

①本日はどうされましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が欠けた | <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> 歯並び・噛み合わせ |
| <input type="checkbox"/> 定期検診 | <input type="checkbox"/> 歯がしみる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい |
| <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> くちがかわく | <input type="checkbox"/> 歯の色素沈着 | <input type="checkbox"/> ホワイトニング |
| <input type="checkbox"/> 歯石除去 | <input type="checkbox"/> 歯ぎしり | <input type="checkbox"/> 歯茎の出血・腫れ | <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |



②最後に歯科治療をされたのはいつですか？

() 力月前 ・ () 年 () 月頃

③こちらの歯科医院をお知りになったきっかけは何ですか？

友人知人の紹介(紹介者:) ・ ホームページを見て
看板を見て ・ パンフレットを見て ・ その他 ()

④これまでに大きな病気やケガはされましたか？(入院歴・手術歴など)

健康診断での異常も含めて教えてください。

糖尿病 高血圧 脳梗塞 心臓の病気 肝臓の病気 腎臓の病気
ぜんそく 血液の病気 甲状腺異常 更年期障害 けいれん その他 ()
手術歴など

⑤現在飲まれているお薬についてお知らせください。

※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出してください。

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？ はい・いいえ

お薬: イソジン アルコール
食べ物: 金属 その他

⑦歯科治療で麻酔をされたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」と答えた方、その際に異変がありましたら下に状況をお書きください。

⑧(女性の方のみ)現在妊娠されていますか？ はい・いいえ

⑨(女性の方のみ)現在授乳中ですか？ はい・いいえ

⑩歯の治療についてのご希望についてお伺いします。

- できるだけ痛みのないようにしてほしい。
 しっかり説明をしてほしい。
 悪いところは全部治したい。
 とりあえず今の症状をとってほしい。
 自分に合った良い治療をしてほしい。

⑪普段どのようなケア用品をお使いですか？