

ふりがな
 氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 ____年 ____月 ____日生 (歳)
 住所 〒 _____ 電 話 : _____ (_____)
 昼間連絡可能な電話: _____

【本日はどうなさいましたか】

どこが 左上 上前 右上 歯 つめ物 親知らず 舌 唇 あご
左下 下前 右下 歯ぐき 入れ歯 他(_____)
 いつ頃から 今日 2~3日前 昨日 数ヶ月 数年前 他(_____)
 どうされましたか 痛い しみる 腫れた 外れた 具体的に(_____)

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 起床後 食後(朝 昼 夜) 就寝前
 1回の時間約(_____)分 歯ブラシ以外(フロス 歯間ブラシ その他: _____)
 タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙(喫煙期間 ____年間 1日 ____本)
 お酒は飲まれますか 飲まない 飲む
 睡眠について 約 ____時間 良好 普通 不良
 食生活について 習慣的飲食物 なし あり(何を飲みますか: _____)
 間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

服用中の薬は なし あり(薬の名前: _____)
 治療中の病気は なし あり(病名: _____)
 今迄にかかった病気は なし 心臓 肝臓(肝炎:B型 C型) 腎臓 胃腸 貧血症
高血圧 血液疾患 糖尿病 喘息 その他(_____)
 アレルギーは なし 食物(_____) 薬物(_____) その他(_____)
 手術の経験は なし あり(いつ頃: _____ 病名: _____)
 かかりつけ医院 _____ 担当医: _____
 その他 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし 不明 あり(そのとき異常は なし あり: _____)
 抜歯の経験は なし 不明 あり(そのとき異常は なし あり: _____)
 歯磨き指導の経験は なし 不明 あり(当院 学校 他院)
 歯周治療の経験は なし 不明 あり

【全身の状態】

けがをして血が止まりにくいことがありますか なし あり

【診療についてのご希望】

問題のある所は全て治療したい 応急処置のみ希望
保険の適用範囲で治したい 多少費用がかかってもよいので先生と相談したい

【現在妊娠はされていますか】

いいえ はい(_____ カ月) 可能性がある ※治療中に妊娠された方はお知らせください

【予約についてのご希望】※ご希望があればご記入ください。

希望日時 月 火 水 金 土 / 午前 午後 _____ 時頃

【その他】

ご希望・特記事項があればご記入願います。