



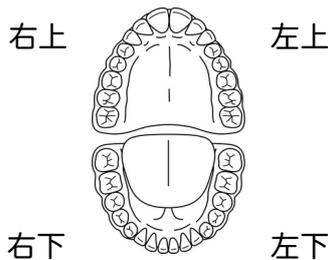
ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
------------	--------	------	---------------

現住所〒	職業	携帯 ( ) 自宅 ( )
------	----	------------------

※歯科治療は全身と深い関わりがあります。個人情報厳守致しますので詳しくお記入お願い致します。

- ★本日はどうされましたか
- 歯が痛い・穴が開いている
  - 詰め物・被せ物が取れた
  - 歯肉が腫れている・出血する
  - 入れ歯の具合が悪い・入れ歯を作りたい
  - 顎の調子が悪い
  - 検査をしたい
  - 歯石取り(クリーニング)がしたい
  - ホワイトニングがしたい
  - 矯正相談をしたい
  - その他 ( )

★どのあたりですか



★いつからですか ( 日前)

- ★痛みはありますか?
- はい  いいえ
  - 痛み止めを飲んでいる (お薬名: )

- ★今までにかかった病気はありますか
- 特にない  心臓病  高血圧  腎臓病  癌
  - 肝臓病  糖尿病  肝炎(A・B・C)  HIV
  - 骨粗しょう症  その他 ( )

- ★現在どこかの病院にかかっていますか
- はい (病名: )  
(病院名: )
  - いいえ

- ★現在飲んでいる薬はありますか(骨粗しょう症含む)
- はい (薬名: )  
(いつから: )
  - いいえ

※お薬手帳をお持ちの場合は受付でご掲示ください

- ★健康状態について
- ・血圧値 上 下
  - ・血糖値数 (HbA1C値) \_\_\_\_\_

- ★現在妊娠・授乳されていますか
- はい ・妊娠 月 / 妊娠の可能性ある  
・授乳中 ( 時間おき)  
・母乳のみ / 混合 / ミルク
  - いいえ

- ★あなたの体質は
- 異常ない
  - 薬による異常がある  
 抗生物質  麻酔薬  その他 ( )
  - アレルギー ( )
  - その他 ( )

- ★今までに歯科治療で異常はありましたか
- はい  気分が悪くなった  
 血が止まりにくかった  
 何日も痛みが続いた  
 その他(具体的に: )
  - いいえ

- ★今後の治療は
- 今気になる所だけで良い
  - 悪いところは全て治したい
  - かかりつけ医院がある為、応急処置のみ希望

- ★治療についてのご希望は
- 保険の範囲内で治したい
  - 金属が目立つ所は白い物を入れたい
  - 自費について説明が聞きたい

- ★歯科医院は何年ぶりですか
- 年 月 ぶり 歯科医院名 ( )  
治療途中・完治

- ★来院のきっかけは
- ご紹介 (ご紹介者様: )  Eパーク
  - ホームページ  通りすがり

- ★ご希望・ご要望などありましたらご記入ください  
( )