| ふりがな | 男 生年月日 年 月 E |
|--|---|
| 氏名 | 女 (歳) |
| 現住所〒 | 職業携帯(()) |
| メールアドレス | *必ずご記入下さい 自宅 () |
| ※歯科治療は全身と深い関わりがあります。個人愉 | 「報は厳守致しますので詳しくご記入お願い致します。 |
| ☆本日はどうされましたか | ☆今までにかかった病気はありますか |
| □歯が痛い | □糖尿病 □高血圧 □心臓病 □喘息 □甲状腺 |
| □穴が開いている | □腎臓病 □神経難病 □リウマチ □HⅣ |
| □詰め物・被せ物が取れた | □骨粗鬆症 □肝臓病 □癌 □肝炎(A·B·C) |
| □歯肉が腫れている・出血する | □その他() |
| □入れ歯の具合が悪い・入れ歯を作りたい | ^ TO + 1/15 1/2 |
| □検査・歯石取り(クリーニング)がしたい | ☆現在妊娠・授乳されていらっしゃいますか □はい ・妊娠 ヶ月 / 妊 娠の可能性がある |
| □ホワイトニングがしたい□矯正相談をしたい | ・授乳中(・時間おき) |
| □帰血(日談をしたい) □その他() | ・母乳のみ / 混合 / ミルク |
| | 」 □いいえ |
| ☆現在治療中の病気がある方はご記入ください | |
| 病名:() | ☆ 来院のきっかけ |
| 病院名:() | □ご紹介(ご紹介者様:)□Eパーク |
| | □ホームページ □Google □近所 |
| | <u>※太枠内をご記入ください。</u> |
| | |
| ※以下医院記入欄 | ☆体質 □異常なし |
| ※以下医院記入欄 ☆部位 | ☆体質 □異常なし □薬() |
| | |
| | □薬() |
| | □薬(□アレルギー(□その他() |
| | □薬()□アレルギー()□その他()☆歯科治療での異常 □異常なし |
| | □薬()□アレルギー()□その他()☆歯科治療での異常 □異常なし□気分が悪くなった □血が止まりにくかった |
| | □薬()□アレルギー()□その他()☆歯科治療での異常 □異常なし |
| ☆部位 | □薬() □アレルギー() □その他() ☆歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() |
| ☆部位 | □薬()□アレルギー()□その他()☆歯科治療での異常 □異常なし□気分が悪くなった □血が止まりにくかった |
| ☆部位 ☆時期 (日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか () | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() 最終歯科受診歴 |
| ☆部位 ☆時期 (日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか () →鎮痛剤 (薬名:) | □薬() □アレルギー() □その他() ☆歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() ☆最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名() 治療途中・完治 |
| ☆部位 ☆時期 (日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか () | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() 最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名() 治療途中・完治 |
| ☆部位 ☆時期(日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか() →鎮痛剤(薬名:) →最後に飲んだ時刻() | □薬() □アレルギー() □その他() ☆歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() ☆最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名() 治療途中・完治 |
| ☆部位 ☆時期(日前) ☆痛み | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他(⇒最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名(本分療の範囲 □全て □全て 一希望の処置のみ □説明聞いてから |
| ☆部位 ☆時期(日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか() →鎮痛剤(薬名:) →最後に飲んだ時刻() | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() 最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名() 治療途中・完治 |
| ☆部位 ☆時期(日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか() →鎮痛剤(薬名:) →最後に飲んだ時刻() か服用中の薬名 薬 名 : () | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他(⇒最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名(本分療の範囲 □全て □全て 一希望の処置のみ □説明聞いてから |
| ☆部位 ☆時期(日前) ☆痛み □有 □無 →どんな時に痛むか() →鎮痛剤(薬名:) →最後に飲んだ時刻() か服用中の薬名 薬 名 : () | □薬() □アレルギー() □その他() 歯科治療での異常 □異常なし □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 □他(⇒最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名(本分療の範囲 □全て □全て 一希望の処置のみ □説明聞いてから |
| ☆部位 ☆ 時期 (日前) ☆ 痛み | □薬(□アレルギー(□その他() ☆歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() ☆最終歯科受診歴 年 ヶ月ぶり 歯科医院名()治療途中・完治 ☆治療の範囲 □全て □希望の処置のみ □説明聞いてから ☆不満体験・セカンドオピニオン () |
| ☆部位 ☆ 時期 (日前) ☆ 痛み □有 □無 → どんな時に痛むか () → 鎮痛剤 (薬名:) → 最後に飲んだ時刻 () ※ 服用中の薬名 薬 名 : () いつから: () ☆ 血圧値 (上 下) | □薬(□アレルギー(□その他() ☆歯科治療での異常 □異常なし □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 □他() ☆最終歯科受診歴 年ヶ月ぶり 歯科医院名()治療途中・完治 ☆治療の範囲 □全て □希望の処置のみ □説明聞いてから ☆不満体験・セカンドオピニオン () |