

ID.No. _____ フリガナ _____ 今日の日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
お名前 _____ 様
お子様の場合、よび名 _____ くん・ちゃん

住所：〒 _____ 電話番号： _____

該当するものすべてに○印で記入してください。

①本日はどうされましたか？（どこが痛い、インプラント希望などをお書き下さい。）

②お体の健康状態についてお聞かせください。

㉑現在、歯医者以外の病院に通院されていますか？

いいえ はい（病院名・科名： _____ ）

㉒以下の病気に現在かかっていたり、症状に経験がありますか？

・特になし ・骨粗しょう症 ・呼吸に関連した病気 ・心臓の病気 ・脳卒中

・肝臓の病気 ・腎臓の病気 ・血液の病気 ・精神、神経の病気

・高血圧（血圧値： _____ / _____ ） ・糖尿病（血糖値： _____ HbA1c値： _____ ）

・その他病名など（ _____ ）

㉓タバコは吸いますか？ いいえ はい（1日 _____ 本） 過去にあり（ _____ 年前）

㉔現在飲んでいるお薬はありますか？

いいえ はい（薬名： _____ ）

㉕体にあわないお薬はありますか？

いいえ はい（薬名： _____ ）

㉖歯科治療時に、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ はい（ _____ ）

㉗ケガや抜歯をした時に、血がとまりにくい傾向がありますか？

いいえ はい（ _____ ）

㉘女性の方のみ妊娠中、あるいは妊娠の可能性がありますか？

いいえ はい（何週ですか？ _____ ）

③治療に関するご希望をお聞かせください。

・自分の口の中の状況について詳しく説明を受けたい。

・今後は口の中の健康に予防的なプログラムを受けていきたい。

・審美的にすぐれた治療を受けたい。例）セラミック、ホワイトニングなど。

・すべて保険適用の範囲で治療したい。 ・いま痛い部分の治療だけで良い。

・お子様が治療中泣いた場合⇒⇒拘束してでも治療を継続して行う / 治療を中止する

④当院をどのようにお知りになったかお聞かせください。

・知人、家族の紹介 ・パソコン、インターネットのホームページ ・携帯電話のサイト

⑤ご紹介者のお名前： _____ 様

佐藤歯科医院