

ふりがな ご氏名	性別: 男・女 ご職業() 年齢: 満 歳 生年月日: (大正・昭和・平成 年 月 日)
〒 - ご住所	電話番号: (自宅) - - (携帯) - - メールアドレス:

※をお願い致します。

■当院を知ったきっかけ

- ご紹介(ご家族・ご友人):ご紹介者名 前に通院していた ホームページ
看板をみて その他()

■ご来院の理由

- 歯がいたい 虫歯をみつけた 歯ぐきがいたい 歯肉が腫れた、出血する あごがいたい
歯がかけた 歯の色が気になる つめものやかぶせものがとれた インプラントでなおしたい
入れ歯をいれたい 歯並びが気になる かみあわせが気になる 歯の汚れや歯石を取ってほしい
歯を白くしたい その他()

詳細

■この機会に

- 悪い所は全部なおしたい 今回は問題のあるところだけ 治療について相談したい

■全身の健康状態は

- 良い あまり良くない
通院中・病名() 妊娠中(カ月)

■血圧は

- 正常 高い 低い わからない
(/) 普段の血圧をご存知の方はご記入ください

■これまでにかかれたご病気を教えてください

- 特になし 心臓疾患 肝臓疾患(例)B型肝炎 C型肝炎 腎臓疾患 リウマチ 胃腸疾患 糖尿病
高血圧症 脳卒中 血液疾患 呼吸器疾患(例)ぜんそく AIDS/HIV 骨粗しょう症
その他()

詳細

■現在お飲みになっているお薬はありますか

- いいえ はい
「はい」の方:お薬の種類や名前 _____

■おくすり手帳

- ある ない

■あなたの体質は

- *薬に対するアレルギーや副作用 ない 不明 ある()
*過去の歯科治療では 特に問題なし 気持ち悪くなった 麻酔が効きづらかった
痛みがなかなかおさまらなかった 血がなかなかとまらなかった
その他() 治療したことがないのでわからない

■治療費について

- 健康保険の範囲でなおしたい
なるべく健康保険で、重点的には多少の費用をかけてよい

■おタバコは吸われますか?

- はい(1日 本) いいえ 約 時間

■睡眠時間は?

■食生活習慣

- *習慣的飲料物(例:ビール、コーラ) なし あり()
*間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

■お口のお手入れについてお伺いします

- *歯磨きする時は 起床後 食後(朝・昼・夜) 就寝前
*一回の時間は ()分くらい
*歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他 使用していない

■最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか?

()頃

■診療に際して何かご希望、又は伝えておきたいことなどありましたらお気軽にご記入下さい。