

No.

初診 年 月 日

あなたの体質や希望を知る事は診療上大切なので、次の事項についてお答え下さい。内容については絶対に秘密ですので正確に記入して下さい。(記号又は答を○で囲み、説明を要するものは空欄に記入して下さい)

ふりがな	男 女	明大昭平	年 月 日生	年 令	才	職業
氏名			T ()	E ()	L ()	紹介者
住所	ご自宅				様	
	お勤め先					

1. 本日来院された理由は

- イ. 歯が痛い ロ. 虫歯がある ハ. はぐきから血が出る ニ. はぐきが腫れた
 ホ. (つめたもの, かぶせたもの)がとれた ヘ. 歯を入りたい ト. 歯並びが悪い
 チ. 歯石をとって欲しい リ. 検診して欲しい 又. その他 _____

2. 全身的な健康状態について

- イ. 現在歯科以外のお医者さんにかかっていますか はい いいえ
 A. 何科ですか _____ 科 B. どんな病気で _____
- ロ. 薬や食物でアレルギー(じんま疹, 腹痛など)を起こした事がありますか はい いいえ
 どのようなもので _____
- ハ. 今までに何か大きな病気をしましたか はい いいえ
 A. 高血圧 B. ぜんそく C. 貧血 D. 胃 E. 腸 F. 心臓
 G. 肝臓 H. じん臓 I. その他 _____
- ニ. 今までに輸血をした事がありますか はい いいえ
- ホ. 血が止まりにくかった事がありますか はい いいえ
 A. どんな時 _____ B. 何分位 _____ 分
- ヘ. 現在妊娠中ですか はい いいえ
 A. 妊娠しているかもしれない B. 妊娠 _____ ケ月
- ト. その他健康上担当医に知っておいてほしい事 _____

3. 診療について

- イ. 1日に何回歯を磨きますか _____ 回
- ロ. 治療する時に
- I { (イ) 痛い所だけなおしてほしい
 (ロ) 悪い所は全部なおしてほしい
- II { (a) 治療内容を前もって詳しく聞きたい
 (b) 治療内容を前もってある程度聞きたい
 (c) 治療内容の説明の必要はない
- ハ. 定期検診のハガキの送付を希望する はい いいえ
- ニ. その他 予約や治療について受付又は医師にお願いしておきたい事 _____