



ふりがな お名前	様 (男・女)	生年月日	年 月 日生(才)
※ご住所 〒	TEL		
ご職業	勤務先		
※ご勤務先住所 〒	TEL		
ご紹介者があればお書きください。	様	E-mail	

来院は	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来た事がある
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯茎が気になる <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石をとって歯を清掃したい <input type="checkbox"/> 以前治療した部分がとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()
麻酔注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある……その時 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血を起した <input type="checkbox"/> 麻酔がきかなかつた <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない
今迄に大きな病気や、手術をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 肝臓病() <input type="checkbox"/> 腎臓病() <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> アレルギー(薬・食物) <input type="checkbox"/> その他()
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中(科) <input type="checkbox"/> 妊娠中()ヶ月 <input type="checkbox"/> 現在、何かお薬を飲んでいますか()
前回歯科にかかったのはいつですか	<input type="checkbox"/> 約()年前・約()ヶ月前 <input type="checkbox"/> 覚えていない

◆診療に対する希望

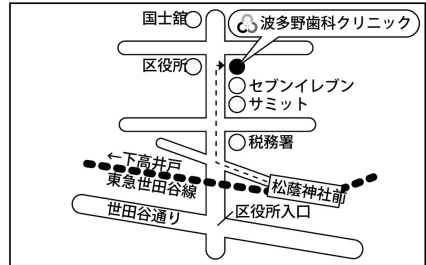
範囲は	<input type="checkbox"/> 困っている所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 問題があれば、他の部位も治療したい
治療は	<input type="checkbox"/> 全て保険診療内で治療したい <input type="checkbox"/> なるべく保険診療内で、しかし自分にとって最良であれば相談の上、一部保険診療外でも治療したい <input type="checkbox"/> 費用がかかっても自分にとって最良のもので治療したい

◆診療予約時間 他

ご都合の良い日は	<input type="checkbox"/> () 曜日 <input type="checkbox"/> 何曜日でもよい <input type="checkbox"/> その他()
ご都合の良い時間は	<input type="checkbox"/> 午前()時頃 <input type="checkbox"/> 午後()時頃 <input type="checkbox"/> 何時でもよい <input type="checkbox"/> その他()
治療回数は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても、治療回数が少ないほうがよい <input type="checkbox"/> 治療回数が多くても、1回の時間は短いほうがよい
過去に歯科医院にかかって気になる事がありましたら、遠慮されずにお書きください (改善して欲しい点)	
このホームページを何でお知りになりましたか	

当院に来院された理由(複数回答可能)

- 職場が近いので
 - 住居に近いので
 - インターネット検索で
 - 知人の紹介で
- 紹介者名()様



病歴及び歯科材料アレルギー確認書

当院では、歯科治療及び投薬につきまして、過去と現在の患者様の病歴に基づいて処置を行っております。また、歯科材料アレルギーについても確認しておりますので、ご協力ください。よりよい治療をするために、ご協力をお願いいたします。(最後に必ずご署名をお願いいたします。)

病歴の確認 ※当てはまるものに丸をおつけください。

- | | |
|-------------|--|
| 1. 高血圧性疾患 | 11. てんかん |
| 2. 虚血性心疾患 | 12. 甲状腺機能亢進症 |
| 3. 不整脈 | 13. 自律神経失調症 |
| 4. 心不全 | 14. ビスフォスホネート系製剤服用による骨粗鬆症 |
| 5. 喘息 | 15. 透析治療を必要とする慢性腎臓病 |
| 6. 慢性気管支炎 | 16. 感染症の有無 (病名を下にご記入下さい) |
| 7. 糖尿病 | () |
| 8. 甲状腺機能障害 | 17. その他 (病名を下にご記入ください) |
| 9. 副腎皮質機能不全 | () |
| 10. 脳血管障害 | 18. 現在薬だけ飲んでいる (チェックをお付けください) |
| | <input type="checkbox"/> 薬名 () |
| | <input type="checkbox"/> 薬名がわからない () の薬 |
| | <input type="checkbox"/> 飲んでいる薬が複数ある |
| | 19. 上記に当てはまる病気を患った事 (及び患っている) は
ない。また、現在常に服用している薬はない。 |

アレルギーについて ※当てはまるものに丸をおつけください。

1. 皮膚科等の専門医で長期間治療を継続している。
2. アクセサリーや装身具等の金属製品にかぶれやすい。
3. 口内炎ができやすい。
4. 歯科治療中にアレルギーが出た事がある。
5. 化学物質過敏症と診断された事がある。
6. 食べ物にアレルギーがある。
7. 薬にアレルギーがある。
8. 特になし。

具体的な例をお書きください。

平成 年 月 日

ご署名 _____

御協力ありがとうございました。

医療法人社団親民会 波多野歯科クリニック