

初診の方は出来るだけ正確にご記入下さい

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明昭 大平	年	月	日	才
現住所							TEL
勤務先(学校名)	職業						TEL

◎当院は初めてですか？ 1. 初めて 2. 前に来たことがある

◎本日来院された主な理由は？

1. 歯が痛い 2. 虫歯がある 3. 口が臭い 4. 歯並びが悪い 5. はぐきがはれた
6. はぐきから血が出る 7. 顔がはれた 8. 入れ歯をいれたい
9. その他(_____)

◎現在の健康状態はいかがですか？ 良好 普通 不良

◎現在かかりつけの病院がありますか？

ない あるいは(病名_____ 医院名_____)

◎現在おのみになっている薬はありますか？

ない あるいは(薬名_____)

◎血圧はいかがですか？ 高い 普通 低い

◎歯を抜いたとき気分が悪くなったことがありますか？ ない ある

◎血がとまりにくかったことがありますか？ ない ある

◎治療時に貧血等を起こした事がありますか？ ない ある

◎薬や食物でアレルギー(じん麻疹ができたり、気持が悪くなったり)を起こしたことがありますか。

ない あるいは(どんな薬、食物で_____)

◎以前に大きな病気にかかったことがありますか？

ない あるいは(病名_____)

◎今までにかかった病気又は現在かかっている病気は。

- 心臓病 ●高血圧 ●糖尿病 ●肝疾患 ●胃疾患
- 胃腸疾患 ●その他病名(_____)

◎現在妊娠中ですか？ いいえ はい(_____ヶ月)

◎今回の治療では？ 1. とりあえず今痛いところだけなおしたい

2. 悪いところは全部なおしたい

◎診療についての御希望は？ 1. 保険の範囲内で治したい

2. 保険外で治した方がよい時はそれをすすめてほしい

さくら歯科クリニック