

カルテNO: _____

フリガナ		男・女	生年月日
お名前			(満 歳) 大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 _____		電話番号 ご自宅 () 携帯電話 ()

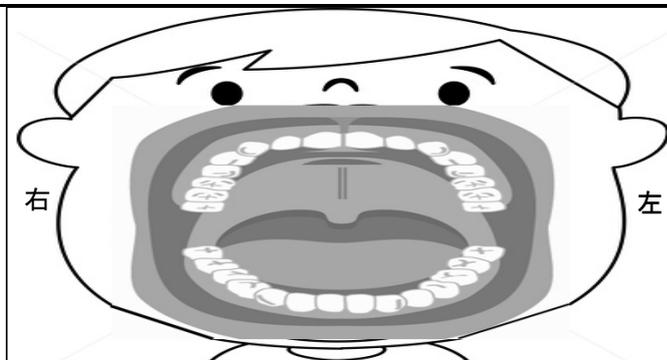
どこですか？(右の絵に○かいてください)

その他の箇所

()

いつごろから・どんな時

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 今日 | <input type="checkbox"/> () 日前から |
| <input type="checkbox"/> ずきずき痛む | <input type="checkbox"/> かむと痛い |
| <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる | <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる |
| <input type="checkbox"/> 時々痛い | <input type="checkbox"/> 痛みなし |



状況を教えてください。(該当する全てを選んでください)

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする | <input type="checkbox"/> 血が出る |
| <input type="checkbox"/> つめもの、差し歯が取れた | <input type="checkbox"/> 入歯が合わない、痛い、新しく作りたい | |
| <input type="checkbox"/> 検診希望 | <input type="checkbox"/> クリーニング | <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい |
| <input type="checkbox"/> その他:(具体的に記入ください。) | <input type="checkbox"/> □臭が気になる | |

今の健康状態は <input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不調がある(不調の具体的な内容:) *女性のみ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 授乳中
次のいずれかの病気にかかったり、今までに入院/手術をされたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある *ある場合、下記の該当すもの全てを選んでください。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(B型、C型、その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症(/) <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 脳神経系疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他:)
現在、飲んでいるお薬がありますか? <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> お薬の名前:) *お薬手帳お持ちの方は受付でコピーをとらせてください。
アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 食べ物:) (<input type="checkbox"/> お薬:) (<input type="checkbox"/> その他:)
今まで歯の治療、麻酔、抜歯で次のような事がありましたか? <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある *ある場合、下記のいずれかを選んでください。 <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> はれた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> アレルギー反応がでた <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔の経験なし <input type="checkbox"/> その他:)
生活習慣について	1日の歯磨きの回数は? 1日()回 1回()分 いつ歯磨きしますか? <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> みがかない日もある お使いの清掃用具は? <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> その他() タバコをすいますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(一日 本くらい) 間食はされますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(不規則な時間に・決まった時間のみ) よく飲まれる飲み物は? <input type="checkbox"/> 緑茶 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 紅茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> ウーロン茶 <input type="checkbox"/> アルコール(ビール・ワイン・日本酒) <input type="checkbox"/> その他()
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> すべて保険で <input type="checkbox"/> 治療に応じて最良の方法で(自費も検討)
ご要望など (治療内容や介助内容など)	

ありがとうございました。

ご記入が終わりましたら、受付までお待ちください。