

ふりがな _____

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

郵便番号 _____ 住所 _____ 電話 _____ (_____)

緊急時 _____ (_____)

職業 _____ 勤務先 _____ 通学中の小学校名 _____

※治療をより快適に行うために、できるだけ詳しく記入して下さい。

【来院理由】

どこが	右上	上前	左上	・歯	・つめ物	・親知らず	・舌	・唇
	右下	下前	左下	・歯ぐき	・入れ歯	・あご		
				・その他 (_____)				

いつ頃から _____ ・今日 ・2～3日前から ・それ以前から

どうされましたか _____ ・ズキズキ痛い ・しみる(冷・温) ・腫れた ・外れた

_____ ・歯のクリーニング ・かむと痛い ・検診 ・歯並びが気になる

_____ ・歯のご相談 ・入れ歯が合わない ・歯の色が気になる

_____ ・その他 (_____)

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか _____ ・起床後 _____ ・食後 (・朝 ・昼 ・夜) _____ ・就寝前

1回の時間約 (_____) 分 歯ブラシ以外 (・フロス ・歯間ブラシ ・その他 _____)

タバコは吸われますか _____ ・吸わない _____ ・禁煙中 _____ ・喫煙

睡眠について 約 _____ 時間 (・良好 _____ ・普通 _____ ・不良 _____)

食生活について 習慣的飲物 _____ ・なし _____ ・あり (何を飲みますか _____)

間食 _____ ・不規則 _____ ・規則的 _____ ・あまりしない

【既往歴】

服用中の薬 _____ ・なし _____ ・あり (薬の名前 _____)

今までにかかったことのある病気は _____

_____ ・なし・あり _____ ・貧血 _____ ・ぜんそく _____ ・高血圧 _____ ・糖尿病 _____ ・リウマチ _____ ・骨粗鬆症

_____ 心臓病 _____ ・肝臓病 _____ ・腎臓病 _____ ・悪性腫瘍 _____ ・その他 (_____)

薬物アレルギー _____ ・なし _____ ・あり (薬の名前 _____)

その他アレルギー _____ ・なし・あり _____ ・食物(食物 _____)・その他(_____)

手術の経験は _____ ・なし _____ ・あり (いつ頃 _____ 病名 _____)

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は _____ ・なし _____ ・あり (そのとき異常は _____ ・なし _____ ・あり)

抜歯の経験は _____ ・なし _____ ・あり (そのとき異常は _____ ・なし _____ ・あり)

【治療の方法】

_____ ・良い方法があれば保険外でよい _____ ・保険に多少の費用を足しても構わない

_____ ・保険の範囲内でよい

【相談したい事】

_____ ・インプラント _____ ・審美治療 _____ ・ホワイトニング _____ ・入れ歯 _____ ・その他 _____

【全身の状態】

女性の方へ _____ ・妊娠中 (_____ ヲ月) 予定日 (_____ 月 _____ 日)・授乳中・産後 (_____ ヲ月)

【当院をお知りになったきっかけ】

_____ ・知人、家族のご紹介 (ご紹介者名 _____) _____ ・看板を見て

_____ ・建物をみて _____ ・ホームページをみて _____ ・近いから _____ ・その他 (_____)

【以前に治療されていた歯科医院】

(_____)

かわい歯科クリニック