

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_ 年齢 \_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日生

住所 〒 \_\_\_\_\_

本人の緊急連絡先（携帯等） \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

来院の理由（複数可）

歯が痛い（部位 上 下 左 右 ） 詰め物が取れた 虫歯 検診 クリーニング ホワイトニング  
 歯石除去 歯ぐきの腫れや痛み 歯槽膿漏 歯がぐらぐらする 被せ物を白い歯に変えたい 入れ歯  
 インプラント 矯正治療 外傷

詳細を記載してください。 \_\_\_\_\_

以下の質問にお答えください。

1. 現在、医師の治療を受けていますか。 はい いいえ

治療内容を記載してください。 \_\_\_\_\_

2. 歯科で麻酔をしたことはありますか。 はい いいえ

3. 普段の血圧を記載してください。 \_\_\_\_\_

4. タバコを吸われますか。 はい いいえ

5. 糖尿病になったことがありますか。 はい いいえ

6. 骨粗鬆症になったことがありますか。 はい いいえ

7. 肝炎になったことがありますか。 はい いいえ

8. 心室中隔欠損症になったことがありますか。 はい いいえ

9. 喘息になったことがありますか。 はい いいえ

10. 脳梗塞になったことがありますか。 はい いいえ

11. 狭心症や心筋梗塞になったことがありますか。 はい いいえ

12. 血が止まりにくくなるような薬を飲んでいますか。 はい いいえ

13. 血が止まりにくいことはありましたか。（特に抜歯や手術時） はい いいえ

14. 食べ物や薬にアレルギーはありますか。 はい いいえ

15. 現在、薬をのんでいますか。 はい いいえ

飲んでいる薬を記載してください。 \_\_\_\_\_

16. 1年以内に血液検査をしましたか。 はい いいえ

異常だった項目を記載してください。 \_\_\_\_\_

17. 輸血を受けたことがありますか。 はい いいえ

18. 下記に該当するがあれば○で囲んでください。

当院では、ウィルス性肝炎、梅毒、HIV等の感染症の方でも診療いたしますので、院内感染防止のため必ず担当医にその旨お伝えください。

心臓の病気 脳梗塞 肝臓の病気 腎臓の病気 消化器の病気 血液の病気 糖尿病

リウマチ 花粉症 アトピー性皮膚炎 アレルギー ぜんそく てんかん 鼻の病気

耳の病気 呼吸器系疾患 梅毒 HIV/AIDS 甲状腺の病気 心臓ペースメーカー

19. 詳細な病名を記載してください。 \_\_\_\_\_

20. 女性の方のみお答えください。

A) 妊娠している、あるいは妊娠している可能性がある はい いいえ

出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

B) 授乳婦である はい いいえ

治療に関して 保険診療のみ希望 必要なら保険外診療でもよい

当医院はどこでお知りになりましたか。（複数可）

パンフレット、 タウンページ、 ホームページ、 口コミ情報を見て、 電車から見て、

入り口の看板、知人の紹介（ \_\_\_\_\_ 様） その他（ \_\_\_\_\_ ）