

ふりがな	〒 □ □ □ - □ □ □ □ アパート、マンションの棟・号もご記入お願いします	
氏名	住 所	
男・女 <small>大正 昭和 平成</small>	年 月 日生	TEL () - () 職業
勤務先	TEL () - () 内線 ()	紹介者

* 次の質問は診療上の必要事項ですので、出来るだけ正確にお答え下さい*
(お答えは○でかこんで下さい)

*******保険の種類*******
 社会保険 (本人・家族) 国民保険 (本人・家族) その他 ()

どうなさいましたか?	(イ)虫歯がある (ロ)痛い (歯, 歯ぐき, 粘膜, 顎) (ハ)検診をしてほしい (ニ)はぐきはれた (ホ)口臭がする (ヘ)歯ぐきから血が出る (ト)歯石をとってほしい (チ)入れ歯を入れたい (リ)つめもの, かぶせたものがとれた (ヌ)よく物が噛めない (ル)その他 ()
現在の健康状態は?	(イ)良好 (ロ)普通 (ハ)不良
歯の治療の経験について A 歯の治療はおそろしい又は痛いものと思いませんか? B 今までに歯を抜いたことがありますか? C 以前, 歯科治療時何か異常がありましたか? D 今まで少しの傷でも血が止まりづらい事がありましたか?	(イ)おそろしい (ロ)痛い (ハ)なんとも思わない (イ)ない (ロ)ある (イ)ない (ロ)ある [どの様か]] (イ)ない (ロ)ある [どの様か]]
過去又は現在内科的な病気はありますか? あればその病名は?	(イ)ない (ロ)ある ①高血圧 ②低血圧 ③脳卒中 ④心臓病 ⑤血液疾患 ⑥糖尿病 ⑦腎臓病 ⑧蓄膿症 ⑨喘息 ⑩肝臓病 ⑪消化器疾患 ⑫妊娠 (ヶ月) ⑬その他 ()
他科のかかりつけの病院がありますか?	(イ)ない (ロ)ある [その病院名]]
現在いつも飲んでる薬はありますか?	(イ)ない (ロ)ある [その薬品名]]
薬や食物でアレルギーはありますか?	(イ)ない (ロ)ある [その薬・食物]]
タバコを吸いますか?	(イ)吸わない (ロ)吸う [1日 本・箱くらい]
歯ぐきから血が出やすいですか?	(イ)出ない (ロ)時々出る (ハ)出やすい [どの様な時]]
この機会に !!	(イ)痛いところだけをなおしたい (ロ)悪いところは全部なおしたい
診療についてのご希望は?	(イ)保険診療の範囲内でやりたい (ロ)なるべく保険で, しかし良い治療があればその都度教えてほしい (ハ)相談して決めたい
通院に都合の良い曜日や時間は? その他希望があればご記入を!!	(イ)特にない (ロ)ある [_____ 曜日 / 午前・午後 時頃] [受信日希望は _____] [_____]