



ふりがな			年齢	生年月日	T・S	年	月	日		
氏名			歳		H・R					
住所	〒 _____									
電話番号	_____			携帯番号	_____					
緊急連絡先		_____								
当院を何でお知りになりましたか？		ホームページ・看板・ロコミ・ご紹介(_____ 様)・その他(_____)								
本日はどうなさいましたか？		1.むし歯(痛みが ある・ない) 2.詰め物が取れた(取れたものがある・ない) 3.欠けている 4.しみる 5.腫れた 6.動揺 7.歯石 8.義歯作成 9.義歯調整 10.義歯がこわれた 11.検診 12.その他(_____)								
右上	前上	左上								
右下	前下	左下								
歯の麻酔・抜歯などで気分が悪くなったことはありますか？		ない・ある(症状は? _____)								
現在、またはこれまでに、右記の病気などはありますか？		1.ありません					発症の時期	現在通院中に○		
		2.糖尿病								
		3.高血圧症(血圧 : _____ / _____) ・ 貧血								
		4.脳疾患 → 脳梗塞・てんかん・認知症 など								
		5.肺疾患 → 肺炎・ぜんそく								
		6.心臓疾患 → 狭心症・心筋梗塞 など								
		7.甲状腺・副腎皮質機能不全 → 橋本病・リウマチ・膠原病 など								
		8.腎臓病(透析 なし・あり 週 _____ 回) ・ ネフローゼ症候群								
		9.骨粗しょう症(いつから _____ 年 _____ 月~ 服薬・注射・点滴)								
		10.肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・その他)								
		11.耳鼻科系 → 中耳炎・副鼻腔炎 など								
		12.精神系 → うつ病・パニック障害・睡眠障害 など								
		13.その他(悪性腫瘍 など _____)								
通院中の医療機関名		_____								
お薬を服用中ですか？		いいえ ・ はい 1.血圧を下げる薬 2. 血液サラサラにする薬 3. 骨粗しょう症の薬 4.糖尿病の薬 5.その他(_____)								
お薬を飲んで副作用が起きたことはありますか？		いいえ ・ はい (薬品名 _____)								
アレルギーはありますか？		いいえ ・ はい (金属 _____ その他 _____)								
タバコは吸われますか？		吸う(1日 _____ 本位) ・ 以前吸っていた(_____ 年前まで) ・ 吸わない								
女性の方	妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい ・ 妊娠中(_____ ヶ月)								
	授乳中ですか？	いいえ ・ はい								
その他、質問やご希望がございましたらご記入ください		ご都合の良い曜日・時間帯		午前	月	火	水	木	金	土
		いつでも		午後						
				(_____)時以降						