

フリガナ		年齢	歳	性別	男・女
氏名		生年月日	大・昭・平	年	月 日
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都	町		
	電話 ()	・ 携帯		()	

当院では、あなたの病状や生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。下の必要事項にご記入ください（□にチェック、または該当するものに○をつけてください）。尚、患者様より回答頂いた情報は、他の目的には利用しませんし、ご本人の承諾なしに第三者への提供および開示はいたしません。御協力ありがとうございます。

1. 今回来院された理由は（主訴）		<input type="checkbox"/> 歯を抜いて欲しい
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた（痛い）	<input type="checkbox"/> 歯の色が気になる
<input type="checkbox"/> 歯に食べ物がはさまる	<input type="checkbox"/> 歯石を取って欲しい	<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる
<input type="checkbox"/> 歯が欠けた	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 顎が痛い
<input type="checkbox"/> 詰め物（冠）がとれた	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい	<input type="checkbox"/> フッ素をぬってほしい
<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた（われた）	<input type="checkbox"/> その他 ()

2. 今までにかかった病気がありますか（該当病名の□にチェックをして下さい）

ない あり（現在治療中の場合には○印にもチェック）

高血圧症（血圧：最高 _____ 最低 _____）

脳疾患（脳梗塞 _____）

心臓疾患（・狭心症 ・心筋梗塞 ・弁膜症 ・不整脈 _____）

糖尿病（ _____）

腎臓疾患（・透析なし ・透析あり（週 _____ 回） _____）

肝臓疾患（・A型 ・B型 ・C型 ・不明 ・その他 _____）

胃腸疾患（・胃潰瘍 ・その他 _____）

呼吸器疾患（・肺炎 ・その他 _____）

アレルギー（・喘息 ・鼻炎 ・皮膚炎（原因 _____） _____）

その他（ _____）

3. 現在の健康状態について

健康 不調（・睡眠不足 ・発熱 ・疲労 ・下痢 ・その他 _____）

妊娠（第 _____ 週）、出産直後（ _____ ヶ月）、 授乳中（1日 _____ 回位）

4. 現在服用中の薬

なし あり

服用薬剤名

（医療機関名、担当医師名： _____）

5. お口のお手入れについて

・歯磨きをするのはいつですか 起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前 その他 _____

・1回の歯磨きの時間（ _____ ）分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他 _____

・歯磨き方法 習ったことがない 習ったことがある

6. 生活習慣について

・習慣的飲み物 なし あり（ _____ ）

・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

・食事形態 普通に 軟らかい物だけ 刻み食 その他（ _____ ）

・喫煙習慣 なし あり（1日 _____ 本位）

今回の診療では 悪いところは全部治して欲しい（継続的な指導と管理を受けたい）
 主訴のところだけ治してもらえばよい

治療費について 保険の範囲内での治療
 多少費用がかかっても良いので快適な状態に

領収書について 毎回必要 治療終了時 年末 不要
 当院では、明細のわかる領収書を発行しております

明細書について 必要 不要