Fujisawa Dental Office

No.

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前		男 女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　月　日（　　歳）
ご住所	〒		自宅電話	
			携帯電話	
			勤務先電話	
			E-mail	
勤務先（学校）			職業	
緊急連絡先	□自宅電話　□携帯電話　□勤務先電話　□E-mail　午前/午後　時頃			

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ
□医院を直接見て（看板など）
□知人・家族の紹介（　　様）
□ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　□e-park歯科
□その他（　　）

どうなさいましたか？（複数回答可）
□歯が痛い　□歯ぐきが痛い　□あごが痛い
□つめもの/差し歯が取れた　□歯石を取りたい
□治療が必要だと思われる歯がある
□歯がグラグラする/血が出る □歯周内科治療希望
□入れ歯があわない/痛い/作りたい
□歯並び/かみ合わせが気になる/矯正相談
□歯を白くしたい　□親知らずを抜きたい
□歯のクリニーニング・フッ素塗布希望
□口の中を全体的に検査したい
□その他（　　）

いつからですか？
□今日　□（　　）日前から　□その他（　　）

診療内容についてご希望をお知らせ下さい
□いま気になっているところだけ治したい
□悪いところはできるだけ全て治したい
□保険診療のみ希望　□自費診療も希望

顕微：可 / 否

今の健康状態は？
□普通・良好　□不良

妊娠に関して（女性の方のみ）
□妊娠中（　　ヶ月）　□妊娠の可能性がある
□不妊治療中　□授乳中

アレルギーはありますか？
□ある（□食べ物　　）
□ない　（□お薬　　）

□ 歯科恐怖症、トラウマがある　□ 削る時の音が特に苦手
□ 診療中は顔にタオルをかけてほしい
□ 出来るだけ麻酔をしてほしい　□ 麻酔はしてほしくない
□ レントゲンは極力撮影してほしくない・被爆量を知りたい

次の病気にかかったことはありますか？
□糖尿病　□高血圧（　　/　　）□脳梗塞
□心臓病　□貧血　□血液疾患　□甲状腺疾患
□肝臓病　□腎臓病　□リウマチ　□蓄のう症
□肝炎ウィルス（B・C）□骨粗しょう症　□ぜんそく
□その他（病名：　　）□ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？
□血が止まらなかった　□気分が悪くなった　□腫れた
□熱が出た　□アレルギーが出た　□麻酔が効きにくい
□その他（具体的に　　）□ない

現在飲んでいるお薬がありますか？
□ある（お薬の名前：　　）□ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか？
□ある（お薬の名前：　　）□ない

歯磨き・生活習慣について
❶いつ磨きますか？
□朝　□昼　□夜　□磨かない日もある　□磨かない
❷普段よく飲む飲料はありますか？
□炭酸飲料　□ジュース　□その他（　　）
❸間食の取り方
□しない　□規則的　□不規則
❹以下の歯磨き補助器具を使いますか？
□フロス　□歯間ブラシ　□なし
❺喫煙の有無
□無　□有　□過去に有り
❻睡眠時間は十分ですか？
□十分　□やや不足　□不足
❼歯磨き方法は習ったことがありますか？
□ある　□ない

診察に対してご希望やご要望、過去に歯科でされて嫌だった事など、お知らせ下さい。

＊診療に役立てますので、ぜひご記入お願い致します。