

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		
西暦 男・女 大正・昭和 年 月 日生 平成・令和 ( 歳 )	TEL( ) - E-mail	職 業	
勤務先(学校名)	内線( ) TEL( ) -	紹介者または当院に来院したきっかけ	

\* 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 (○印あるいは記述をお願いします) \*  
\* この健康記録は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします \*

<b>1) どうなさいましたか？</b> <b>(複数回答可)</b> どこが？(歯・歯ぐき・顎・他) <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下	(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)はぐきがはれた (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 ( )
<b>2) 現在の健康状態は？</b>	(イ)良 好 (ロ)普 通 (ハ)不 良 ( )
<b>3) 歯の治療の経験について</b> A 前回歯科治療を受けたのは B 歯の治療は大丈夫ですか？ C 今までに歯を抜いたことは D 以前、歯科治療時何か異常がありましたか？ E 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)他院で[約 年前] (ロ)当院で[約 年前] (イ)大丈夫 (ロ)痛そう (ハ)おそろしい (イ)な い (ロ)あ る (イ)な い (ロ)あ る どの様に (イ)な い (ロ)あ る どの様に
<b>4) 過去又は現在内科的な病気等がありますか？</b> あればその病名は？ <b>(複数回答可)</b>	(イ)な い (ロ)あ る ①高・低血圧 ②心筋梗塞・狭心症 ③不整脈 ④心不全 ⑤脳梗塞・脳出血等> ⑥喘息 ⑦慢性気管支炎 ⑧糖尿病 ⑨甲状腺機能不全 ⑩副腎皮質機能不全 ⑪てんかん ⑫慢性腎臓病 ⑬(在宅酸素療法) > ⑭肝臓病(肝炎B・C・他 ) ⑮消化器疾患 ⑯骨粗しょう症 ⑰悪性腫瘍( ) ⑱妊娠( ヶ月) ⑲その他( )
<b>5) 他科のかかりつけの病院がありますか？</b>	(イ)な い (ロ)あ る その病院名
<b>6) 現在いつも飲んでる薬がありますか？</b>	(イ)な い (ロ)あ る その薬品名
<b>7) 薬や食物でアレルギー等がありますか？</b>	(イ)な い (ロ)あ る その薬・食物と症状
<b>8) 歯ぐきから血が出やすいですか？</b>	(イ)出ない (ロ)時々出る (ハ)出やすい どの様な時 (ロ)
<b>この機会に!!</b> <b>診療についてのご希望は？</b> <b>(複数回答可)</b>	(イ)痛い・気になる所のみなおしたい (ロ)悪い所は全部なおしたい (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 (ニ) 保険外診療の場合、見積書がほしい
<b>通院に都合の良い曜日や時間は？</b> <b>その他気になることや希望があればご記入を!!</b>	(イ)特にない (ロ)あ る [ _____ 曜日/午前・午後 _____ 時頃] 希望等は