治療を受けられる患者さんへ　　NO

ふりがな　　男 氏　名　　女	大 昭 平 年　月　日生（　才）
ご住所　〒	TEL　自宅　（　） 緊急連絡先（携帯）　（　）
勤務先	ご紹介者氏名 様

次の質問は、あなたの診療のための大切な参考資料です。
プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

1　どうなさいましたか　□虫歯の治療をしたい　□歯ぐきが痛い、腫れた
□つめものがとれた　□歯並びを治したい
□歯がしみる　□あごが痛い
□入れ歯を入れたい　□歯石をとりたい
□検診　□その他（　）

2　歯科の治療経験は　□ある　（　年前　ヶ月前　日前）
ありますか　□ない

3　歯を抜いたことが　□ある　その時　□異常なし　□貧血を起した
ありますか　□ない　□熱がでた　□血が止まらなかった

4　薬を飲んで副作用は　□ある　その時　□胃が痛くなる　□発疹がでる
ありませんか　□ない　□かゆくなる　薬品名（　）

5　内科的な病気は　□ある　□心臓病　□腎臓病　□肝炎　□ぜん息
ありませんか　□ない　□高血圧　□低血圧　□耳鼻咽喉疾患
□骨粗しょう症　□消化器疾患（胃・腸など）
□呼吸器疾患（気管・肺）　□貧血
□甲状腺疾患　□婦人科疾患
□糖尿　□その他（　）

6　現在通院中の病院名　（　）

7　女性の方へ　□はい　妊娠　ヶ月
妊娠していますか　□いいえ　産後　ヶ月（1年未満の方のみお書き下さい）

8　この機会に　□治療計画を立てて悪い所は全部治したい
□痛い所だけ治したい　□相談の上、治したい
□　今回は応急処置だけ

9　定期検診のはがきを希望しますか　□はい　□いいえ

10　その他ご希望がありましたらご記入ください

つなしま歯科医院