

基本情報

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 西暦
氏名	年 月 日 ()才				
配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	ご紹介者		
住所	〒				
電話番号	—	—	携帯番号	—	—
ご職業	学校・勤務先				

本日のご来院理由を教えてください

治療希望の方にお伺いします

▶ 該当するものをご選択ください

- 歯が … ズキズキ痛む 噛むと痛む しみる かけた 黒い 違和感
詰め物、被せ物が … とれた かけた なくした
- 歯肉が … 腫れた 出血する 痛む さがった
- 入れ歯が … 痛む ゆるい 壊れた 新しくしたい なくした
- その他 … インプラント 金属を白くしたい 顎が痛む
歯並びが気になる 無呼吸症候群 口臭が気になる

その他

- ▶ ご希望の内容をご選択ください
- 予防歯科 口腔がん検診 矯正歯科 (ワイヤー マウスピース)
唾液がんリスク検査 (サリバチェッカー) 虫歯、歯周病リスク検査
ホワイトニング ボツリヌス注射 その他 _____

ボトックス (商品名) と同種の効能のものです

すべての方にお伺いします

- ▶ 本日の治療は _____ 時までには終わらせて欲しい
- ▶ 今回通院されるにあたり 気になる所だけなおしたい
悪いところすべて治したい
将来的なことも見据えて、しっかり治したい
- ▶ 1回あたりの治療時間は 短時間にして欲しい → 1回 _____ 分以内
長くなっても良いので来院回数を減らしてほしい
- ▶ タバコは吸われますか? 吸う 吸わない
- ▶ 最後の歯科治療はいつ頃ですか? 令和 _____ 年 _____ 月頃 当院 他院
その時の感想を教えてください 特になし 良かった 説明してくれた 説明不足
痛かった その他 _____

歯科治療について大切な質問です

- ▶ 歯科で麻酔をしたことがありますか？ … はい いいえ
- ▶ 麻酔をして気分が悪くなるなどはありましたか？ … はい いいえ
- ▶ 麻酔はよく効きましたか？ … はい いいえ
- ▶ 最近、医師または歯科医師の治療もしくは検査を受けましたか？ … はい いいえ

「はい」にチェックをつけた方へお聞きします。医師または歯科医師の治療もしくは検査を受けたのはいつ頃ですか？

→令和 _____ 年 _____ 月頃 病院名： _____

- ▶ 現在、薬を飲んでいますか？ … はい いいえ
- ▶ 輸血の経験はありますか？ … はい いいえ
- ▶ 妊娠の可能性はありますか？ … はい いいえ
- ▶ 現在もしくは過去に、次の病気にかかったことがありますか？

該当するものすべてにチェックをつけてください

- ①心臓病（ペースメーカー：有 無） ②脳卒中 ③脳梗塞 ④高血圧 ⑤低血圧
- ⑥糖尿病（HbA1c：_____） ⑦肝臓病 ⑧肝炎（A B C）
- ⑨血液疾患（貧血 白血病 血友病 血が止まりにくい その他）
- ⑩HIV ⑪骨粗しょう症 ⑫喘息 ⑬がん ⑭アレルギー：具体的に _____
- ⑮上記以外の病気：具体的に _____
- 上記の中で、ご家族・ご親族に当てはまるものはありますか？（番号でお答えください） _____

治療の希望についてお伺いします

- ▶ 患者様が治療を受けるにあたり重視されることをお答えください
 - ①(耐久性) 装着する詰め物、かぶせもの、入れ歯などが出来るだけ長く持つこと
 - ②(再発リスク) 治療した箇所のむし歯、歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること
 - ③(審美性) 自然に美しく見える事
 - ④(機能性) 天然歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること
 - ⑤(安全性) 金属アレルギーなどになりやすく、出来るだけ身体にとって安全であること
- 1 番に重要 ①(耐久性) ②(再発リスク) ③(審美性) ④(機能性) ⑤(安全性)
- 2 番に重要 ①(耐久性) ②(再発リスク) ③(審美性) ④(機能性) ⑤(安全性)

診療に関してご希望がありましたらご自由にご記入ください

以上の記載に間違いありません 患者様サイン _____

代筆サイン _____ ご関係 _____