

治療を受けられる方へ

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
氏名					
現住所	〒			TEL	- -
				携帯	- -
勤務先				TEL	- -
当院を何でお知りになりましたか？	1. 広告 2. 看板 3. 電話帳 4. ホームページ 5. 知人の紹介 (様) 6. 医科からの紹介 (科)				

来院された理由

- 歯が痛い (噛むと痛い ずきずき痛い 冷痛がある 温痛がある 甘味痛がある)
詰め物がとれた (取れたもの ある ない) 虫歯をなおしたい 歯茎はれてる
入れ歯が合わない・新しくつくりたい 歯がグラグラしてる 歯が抜けた
検診希望 歯石をとりたい ホワイトニングをしたい
歯並びきになる 顎がいたい インプラントの相談
 それらの症状はいつからですか? ()
 症状があるのはどちらの部分ですか? ()
その他 ()

現在治療中、または今までにかかった病気は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> ちくのう <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧はどうか？	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い (最高: 最低:)
服用中のお薬は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()
使えないお薬は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()
アレルギーは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()
妊娠・授乳中	<input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
麻酔の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 異常の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある
抜歯の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 異常の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある