

# 初診の方に

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

お名前(ふりがな)	男 女	明・大 昭・平	年 月 日生( 才)
ご住所 〒	TEL. [ 自 ] ( ) [ 携帯 ] ( )		
勤務先	E-Mail 当院はどのようにしてお知りになりましたか		

診察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、できるだけ正確にご記入ください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子 <input type="checkbox"/> その他( )		
今まで麻酔注射をしたり、歯を抜いたときに異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 異常なかった	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことはない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 心臓がどきどきした <input type="checkbox"/> 貧血・めまいを起こした	<input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 抜歯後、腫れた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他( )
現在常用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ※薬品名( )	
薬を飲んで副作用はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出来る <input type="checkbox"/> かゆくなる	<input type="checkbox"/> その他( ) ※副作用のあった薬品・種類( )
アレルギーや特異体質はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> じんま疹がでる	<input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> その他( )
以前、輸血をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ※いつ頃ですか( )	
過去に次のような病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病・B型肝炎・C型肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> ない
現在、内科など他科の医院に通っていますか？	<input type="checkbox"/> はい→	( )科(主治医 (病名	) <input type="checkbox"/> いいえ
ご婦人の方へ	妊娠中又は可能性はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

生活習慣についてお聞きます

喫煙歴	現在の喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(喫煙量 本/日 開始年齢 歳)
	過去の喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(開始年齢 歳 中止年齢 歳)
一日のお食事回数(間食を含めて)	回/日	
甘いものはよく食べますか	<input type="checkbox"/> 毎日食べる <input type="checkbox"/> 週 回程度 <input type="checkbox"/> ほとんど食べない	
歯ブラシの回数	回/日	

その他ご希望があればお書きください。