

## 診療の前に

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。  
下記質問へのご回答をお願いいたします。

### ◆歯について

[1] いかがされましたか？

- 歯が痛い (  かすかに <  軽く <  かなり <  強く <  耐えられない程 )  
 歯がしみる  歯が浮いている  歯ぐきから血が出る  歯ぐきが腫れた  
 口内に何かできた  詰め物が取れた  義歯が壊れた  歯を入れてもらいたい  
 その他 ( )

[2] 今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない  当医院  他の医院 で、 ( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) か月前 ( ) 年前  
 ⇒現在は、  完治した  通院中  途中で止めた

### ◆歯以外の病気について

[3] 通院中・治療中の病気はありますか？  ない

これまでににかかった病気にチェックをお願いします。

- 高血圧  狭心症  心筋梗塞  不整脈  心臓弁膜症  心筋症  
 先天性心疾患  心不全  糖尿病  ぜんそく  COPD  肝臓病  
 腎臓病  甲状腺疾患  副腎皮質機能不全  関節リウマチ  
 がん  脳卒中  認知症  骨粗しょう症  HIV  てんかん  うつ病  
 アレルギー (原因となったもの、症状等 )  
 その他 ( )

### ◆お薬・治療状況について

[4] 現在服用中の薬剤はありますか？

- ない  ある / (  お薬手帳  お薬 ) を持ってきている

①服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。

( )

当院 使用 欄	<input type="checkbox"/> 循環器系薬剤 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病用薬 <input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 腫瘍用薬・免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬 <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛消炎薬 <input type="checkbox"/> 睡眠鎮静薬、抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> その他
---------------	--

②ペースメーカー、または胸の中に何か埋め込んでいますか？  はい  いいえ

### ◆おからだの状態について

[5] 生活の中で気になる おからだ の状態を教えてください。

- ①食べる時にむせることがありますか？ ①  はい  いいえ  
 ②歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ②  はい  いいえ  
 ③けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ ③  はい  いいえ  
 ④妊娠・授乳中ですか？ ④  はい  可能性あり  いいえ  
 ⑤この1年間で歯科以外の健康診断を受診しましたか？ ⑤  はい  いいえ

◆生活習慣について

[6] 生活習慣について教えてください。

①歯磨きは、

【時間帯】  起床後  朝食後  昼食後  夕食後  就寝前

【1回の時間】 ( ) 分程度

【使うもの】  歯ブラシ  フロス  歯間ブラシ  その他 ( )

②喫煙習慣は、  なし  あり  過去にあり

③睡眠時間は、1日平均 ( ) 時間程度

④習慣的によく飲むものは、  なし  あり

⑤間食は、  しない  規則正しく摂る  不規則に摂る

◆治療のご希望について

[7] ご希望の治療を教えてください。

悪いところは全部治療したい

痛いところだけ、希望するところだけ治したい

歯の磨き方などについても教えて欲しい

検査・クリーニングについて教えて欲しい

できるだけ保険を使った治療を希望

保険のルールがよく分からないので説明して欲しい

自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

◆当医院へのご要望など

[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。

他の医院からの紹介 (紹介元: ) /  紹介状を持っている)

医院以外の方にすすめられた /  家族の勧め  友人・知人の勧め  その他 ( )

自宅・職場に近いから

雰囲気が良いと聞いて

その他 ( )

[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。

( )

下記注意事項にご同意いただきご署名ください。

注意事項

\*治療後に出現する偶発症 (出血や疼痛、口角炎、治癒不全等) についてご理解ください。

\*治療の際に撮影した写真及びレントゲンは、学会発表等で使用させていただく場合がございます。

\*ご記入いただいた個人情報は、麻布十番商店街歯科個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	