

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

現在治療中の病気は□にチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします。

- 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 アレルギー 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
 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階段を休まずに2階まで昇れますか？ ① はい いいえ
 ②胸がしめつけられるような痛みを感じたことがありますか？ ② はい いいえ
 ③食べる時にむせることがありますか？ ③ はい いいえ
 ④意識がなくなったり、気が遠くなったことがありますか？ ④ はい いいえ
 ⑤歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ ⑤ はい いいえ
 ⑥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？ ⑥ はい いいえ
 ⑦妊娠・授乳中ですか？ ⑦ はい 可能性・疑いあり 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。

()

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	

*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。