

フリガナ		生年月日	年齢
お名前		年 月 日	歳
ご住所	〒 -		
	電話番号: - -		

## 当院を知ったきっかけについて

- ◇ 知人・親類の紹介
- ◇ ホームページ
- ◇ その他 ( )

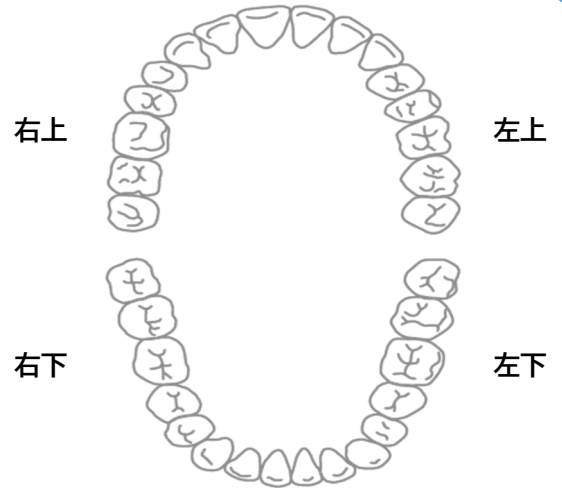
## 過去の歯科治療について

- ◇ 血が止まらなかった
- ◇ 腫れた
- ◇ アレルギーが出た
- ◇ その他 ( )
- ◇ 気分が悪くなった
- ◇ 熱が出た
- ◇ 麻酔が効きにくかった

## 来院された理由について

\* 痛みや気になることについてお書きください

\* いつからですか?



## 現在または過去にかかった病気について

- ◇ 心臓病
- ◇ 脳梗塞
- ◇ 肝炎ウイルス(B・C)
- ◇ 高血圧症
- ◇ 貧血
- ◇ ぜんそく
- ◇ 肝臓病
- ◇ 腎臓病
- ◇ 糖尿病
- ◇ 血液疾患
- ◇ リウマチ
- ◇ 骨粗鬆症
- ◇ その他
- ◇ 特になし

## お体の状態について

- ◇ 現在飲んでいるお薬があればお書きください
- ◇ なにかアレルギーがあればお書きください
- ◇ 妊娠について
  - ⇒ 妊娠中( 週)
  - ⇒ 妊娠の可能性がある
  - ⇒ 授乳中

## 今回の治療について

- ◇ この機会に問題のあるところはすべて治したい
- ◇ 今回は気になるところだけ治したい
- ◇ ご希望などございましたらご記入ください