

# Clinic sheet

年 月 日

No

フリガナ 氏 名	明・昭 大・平	年 月 日生	才 男女
住 所	電 話		
勤 務 先 (連絡先)	電 話		
ご紹介者 (もしいらっしゃれば)			

この表は治療の参考に致しますので御手数ですが該当するところに○印を、又( )内は御記入をお願い致します。

1. 当院は

- a. はじめて      b. 前に来たことがある ( 年 月頃)

2. 今回来院された理由 (主訴) は

- a. 歯の痛み      b. むし歯の治療      c. 義歯      d. 歯肉の痛み・はれ  
e. 歯槽膿漏、歯石の除去      f. 検診      g. その他 ( )

3. 現在の健康状態は

- a. 健康      b. 良くない      c. 妊娠中 ( ヶ月)

4. 今までに次のような病気をしたことがありますか

- a. 心臓疾患      b. 肝臓疾患      c. 腎臓疾患      d. 胃腸障害      e. 糖尿病  
f. 高血圧      g. 低血圧      h. 蓄膿症      i. その他 ( )

5. かかりつけのお医者さまはありますか

科目	名前	電話番号

6. 特異体質 (アレルギーの経験は (a. ある b. ない))

特異体質の経験のある方は、どのような事で経験されましたか

- a. 麻酔(注射)      b. ペニシリン      c. 内服薬  
d. 食 物      e. その他 ( )

7. 歯を抜いたり麻酔をした事がありますか

- a. ある      b. ない

そのとき異常はありませんでしたか

- a. ある      b. ない

あるとすれば次のうち

- 気分が悪くなった
- 貧血を起した、気を失なった
- 血がなかなか止まりにくかった
- 熱が出た、はれた
- その他 ( )

8. この機会に

- a. 悪い所は全部治したい      b. 相談の上治したい  
c. 今回痛んでいる所だけ

9. 治療範囲について

- a. 健康保険のきく範囲で治したい  
b. なるべく保険で、保険のきかない材料等は実費でもよい  
c. 相談の上決めたい

10. 小さいお子さまの場合いやがって泣いたりした時

- a. そのまま続けてもよい      b. 中止してほしい

※ ありがとうございます。この用紙を受付にお出しになり、お呼びするまでお待ち下さい。