

ふりがな 名前	昭和・平成 明治・大正 年 月 日生	電話 番号 0 - -	個人情報保護 の観点により当 院からの電話連 絡が不都合な場 合は、電話番号 を○で囲んでく ださい
住 所 郵便番号から		携帯 電話 0 - -	

どうなさいましたか？

- 取れた物を付けて欲しい。
- 入れ歯を調整したい・作りたい。
- 虫歯・歯周病のチェックをして欲しい。
- クリーニングをして欲しい。
- 健診で治療を勧められた。
- 症状があるところを治療したい。

<詳しくお聞かせ下さい。>

治療についてのご希望は？

- 全体的な精査をして、必要な治療を受けたい。
- 自分で不具合を感じるところだけを治して欲しい。
- 応急処置をして欲しい。

治療方法について

- 健康保険の効く治療方法のみを希望する。
 - より良い方法があれば自由診療を検討する。
- ※ 自由診療の治療費用の目安：数万円～数十万円

**(保護者の方へ)子供・被介護者の治療について
治療を嫌がる場合の対処の希望をお聞かせ下さい。**

- 治療を中止・延期する。
 - 強制的に治療して欲しい。
- ※保護者の協力が必要です。暴れるなどケガの危険がある場合はやむを得ず治療を中止することもあります。

通院にご都合の良い時間帯をお教え下さい。

	月	火	水	木	金	土	祝
早朝							
午前							
午後							
夕方							

<その他>

次の疾患を治療中ですか？

- 心臓疾患 肝臓疾患 (B型・C型・_____)
- 高血圧 胃腸疾患 梅毒 結核
- 血液疾患 腎臓疾患 糖尿病 てんかん
- リウマチ 脳疾患 _____

薬やその他のアレルギーはありますか？

- ない ある→_____

骨粗しょう症の薬をお飲みですか？

- いいえ はい

血液サラサラのお薬をお飲みですか？

- いいえ はい

現在、妊娠中もしくは可能性がありますか？

- いいえ はい→出産予定は _____ 月

連絡事項があればお書きください。

歯の手入れをいつなさいますか？

- 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前

1回の歯の手入れの時間はどのくらいですか？

- _____分くらい

歯ブラシ以外にお使いですか？

- フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ その他

タバコを吸われますか？

- 吸わない 吸う

睡眠時間はどれくらいですか？

- _____時間くらい

習慣的な飲み物は何ですか？

- ない
- ある (_____)

間食はどんなペースで摂られますか？

- 不規則 規則正しい あまりしない