

(プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください)

フリガナ	性 別	生年月日
氏 名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒	自宅電話 ()	携帯電話 - -
	緊急連絡先 ()	
勤務先又は職業	勤務先電話 ()	
メールアドレス	ご紹介者	

1、どうなさいましたか

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い (場所) | <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合 |
| <input type="checkbox"/> 歯がしみる (場所) | <input type="checkbox"/> あごの痛み |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた (場所) | <input type="checkbox"/> 歯石 |
| <input type="checkbox"/> うみがでる (場所) | <input type="checkbox"/> 口内炎 |
| <input type="checkbox"/> 血が出る (場所) | <input type="checkbox"/> 検診 |
| <input type="checkbox"/> 詰め物がはずれた (場所) | <input type="checkbox"/> 口臭 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 口が乾く |

2、今までかかれた病気はありますか

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 血圧 (/ mmHg) |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 () |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく () | <input type="checkbox"/> 脳こうそく () |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

(医療機関名:) (治療内容:)

3、アレルギーについて

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> 薬 () | <input type="checkbox"/> 食べ物 () |
| <input type="checkbox"/> 金属 () | <input type="checkbox"/> その他 () | |

4、今まで麻酔をして気分が悪くなった事がありますか

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 特にない |
|-----------------------------|-------------------------------|

5、治療についてお尋ねします（複数回答可）

- 悪いところはすべて治してほしい
- 多少費用が掛かっても現時点での最良の方法と材料で治してほしい
- なるべく保険のきく範囲で治療して欲しい
- 痛いところのみ治療して欲しい
- 先生と相談して決めたい

6、ぜひ説明を聞いてみたいというものはありますか（複数回答可）

- 金属のかぶせ物から白いかぶせ物に変えることはできるのか
- 歯そう膿漏について
- インプラントについて
- 入れ歯以外の治療法について
- 歯の磨き方について
- 歯ブラシやその他の道具について
- 矯正について
- 噛み合わせや歯並び、顎の具合について
- 自分の歯をもっと白くする治療について

7、直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

- 受けていない 受けた

(健診名：) (いつ頃： 年 月 ごろ)

8、現在、他の医療機関から処方された薬などを服用または注射していますか？

- 服用・注射していない 服用・注射している

(薬剤名：) (用量：)

(投薬期間： 年 月 ごろ)

9、現在、他の医療機関に通院されていますか？

- いいえ はい

(医療機関名：) (受診日： 年 月 ごろ)

(治療内容：)

【医療発展の為、症例同意のご協力】

医療水準の向上・医療者の育成などの目的で症例報告の場（症例検討会や学会、医学雑誌、Web）や形（口頭、文章）、診療情報の利用を、個人を特定されない形にすること（個人情報保護の方法）を条件に診療情報を症例報告へ用いることに同意します。

年 月 日 ご署名

裏面もご記入お願いします。

