

しのだ歯科医院 を はじめて受診される方へ

よみがな 氏名	----- 男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
自宅 住所	〒 (市・町・村) 電話番号() — 緊急時連絡先() —		職場 携帯

突然の休診等のご連絡で使用させていただく場合がありますのでご了承ください。

該当される箇所に✓をしてください。(わかる範囲で構いません)

1.本日はどうされましたか？

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 治療したいところがある() | ☐ 定期健診をしたい | ☐ アゴやその周辺が痛い |
| ☐ 治療について相談したい | ☐ 歯石・汚れを取りたい | ☐ かみ合わせ・歯並びの治療 |
| ☐ 入れ歯の治療・新製 | ☐ 口臭が気になる | ☐ マウスピースを作りたい |
| ☐ 熱いモノ・冷たいモノがしみる | ☐ いびきが気になる | ☐ その他() |
| ☐ 歯を美しく・白くしたい | | |

2.現在のお体の具合について

- | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 特に異常はない | ☐ 心臓が悪い | ☐ 歯科が苦手・怖い |
| ☐ 貧血をおこしやすい | ☐ 血が止まりにくい | ☐ アスピリン喘息 |
| ☐ (妊娠・授乳) 中 | ☐ 血圧が(高い・低い) | ☐ 逆流性食道炎 |
| ☐ (肩こり・頭痛) がある | ☐ 治療中の病気() | |
| ☐ 現在薬をのんでいる(薬名:) | | |

3.過去の病気や治療について(完治した病気に関しても必ずお知らせください)

- ☛ 次の病気にかかったことはありますか？
- | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 特になし | ☐ 血液病 | ☐ 高・低血圧 | ☐ 結核 | ☐ ガン | ☐ 性感染症 |
| ☐ 腎炎 | ☐ 糖尿病 | ☐ 心臓病 | ☐ 肝炎 | ☐ その他() | |
- ☛ 過去に抜歯をされた方、その際 異常はみられましたか？
(あった・なかった・わからない)
- ☛ 歯科治療で副作用・アレルギーが出たことはありましたか？
ない・ある ⇒ ☐ 麻酔薬 ☐ 鎮痛剤 ☐ 抗生物質 ☐ その他()
- ☛ 日常生活等で副作用・アレルギーが出たことはありますか？
ない・ある ⇒ 何で どのような症状が出ましたか？()

4.骨粗鬆症の薬(ビスフォスネート(BP系)製剤・デノスマブ)をのんだり、注射を受けたことがありますか？(ダイドロネル、フォサマック、ボナロン、アクトネル、ベネットなど)

- ☐ ない ☐ 現在のんでいる・注射を受けている ☐ 過去にのんでいた・注射を受けていた

5.診察についての希望

- ☐ 保険適用の治療のみ希望 ☐ 費用がかかる治療に関しても説明を受け、先生と相談したい
- ☐ 希望の曜日や時間帯がある ☐ その他()

6.しのだ歯科医院を受診された きっかけはなんですか？

- ☐ 知人の紹介や勧め(差し支えなければ どなたの紹介ですか？:)
- ☐ 家族が通院中 ☐ 住居が近いため ☐ 学校・職場が近いため ☐ 医院・看板が目についた
- ☐ インターネット ☐ タウンページ ☐ その他()

お答えいただき ありがとうございます。しのだ歯科医院 院長