診療の助けとなるものですので、ありのままをご記入ください　　記入日　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日 年齢	
職業		勤務先	
自宅住所			
電話	緊急の連絡に使用します 携帯電話をお持ちの方は必ずお知らせください	自宅	携帯
当院へ来られたのは	ご紹介（　　さまから）・ホームページ・インスタ・近いから・その他（　　）		

どうなさいましたか	・痛みがある（しみる・うずく・かむと痛い）　・痛みはない　・はれている ・つめもの、かぶせものがとれた　・入れ歯の具合が悪い、入れ歯を入れたい ・歯槽膿漏（歯周病）をなおしたい　・検診、歯の清掃をしたい　・その他
いつからですか	・（　　）年前から　・（　　）か月前から　・（　　）日前から
最近の歯科受診は	・（　　）年前　・（　　）か月前　・（　　）日前 （　　）歯科医院で　（　　）の治療を受けた
これまでにかかったことのある病気は	・心臓病、不整脈、高血圧　・脳卒中、脳梗塞　・喘息　・骨粗鬆症 ・肝臓病　・腎臓病　・糖尿病　・膠原病、リウマチ　・てんかん ・バセドウ病　・HIV　・その他（　　）　・ない
入院・手術の経験は	・ない　・ある（病名　　いつ頃　　）
使用中のお薬について	お薬手帳をお持ちですか？　・持っている　・持っているが忘れた　・持っていない ・心臓病薬、降圧剤　・ステロイド剤、ホルモン剤　・糖尿病薬　・抗てんかん薬 ・抗凝固薬（血液をサラサラにする薬）・骨粗鬆症の薬　・その他　・ない
歯を抜いたことがありますか	・ない　・ある　→　・異常はなかった　・気分が悪くなった　・麻酔が効かなかった ・血が止まらなかった
アレルギーは	・ない　・ある　→　・食物（　　）・薬（　　）・その他（　　）
女性の方に	・妊娠していない　・妊娠の可能性がある　・妊娠中（　ヶ月）・授乳中　・更年期中

タバコについて（紙巻きタバコ、新型タバコ、電子タバコ等すべて含みます）
・現在吸っている　（　　）歳から1日に（　　）本
・吸っていたが今はやめている　（　　）歳から（　　）歳まで1日に（　　）本
・家族や同僚など身近に吸う人がいる　（どなたですか？　　）
・何を吸っていますか　・紙巻きタバコ・アイコス・プルームテック・グロー・その他（　　）
・吸ったことがない

歯の治療、麻酔の注射、型取りなどについて
・とても怖い、苦手　・少し怖い、少し苦手　・それほど怖くない、それほど苦手ではない
・そのほか、特に配慮したほうが良いことがあればお知らせください（　　）

これまでの治療でのご不満や、これからの治療へのご希望はありますか？

継続して通院は可能ですか？　・治療終了まで通院可能　・（　　）月（　　）日までしか通えない

領収証とは別に医療費明細書をお渡しすることができます　不要　必要