

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 年 月 日生(歳)
自宅 住所	〒 (市・町・村)		職場・携帯
	電話番号()	— 緊急時連絡先()	—

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下さい。

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

2.現在のお体の具合について

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

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下さい)

➢ 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
- 性病
- 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(ビスフォスフォネート(BP)製剤・デノスマブ)を飲んだり、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 現在飲んでいる・注射を受けている 過去に飲んでいて・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、先生と相談して決めたい
- 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 どなたのご紹介ですか？:)
- 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