

- ・ お薬、食べ物等でアレルギーが出たことはありますか？ (はい・いいえ)  
→ はいの方は具体的にご記入ください。( )
- ・ 次の病気にかかったことがあれば○をつけてください。  
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中  
胃腸疾患・甲状腺疾患・自律神経失調症・骨粗しょう症  
上記以外の病気にかかった方は、ご記入ください。( )
- ・ 現在、定期的に服用されている薬がありますか？ (はい・いいえ)
- ・ 出血が止まらなかったことはありますか？ (はい・いいえ)
- ・ 歯科治療に対して、強い恐怖心を感じますか？ (はい・いいえ)

○女性の方のみお答えください。

- 現在、妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)  
→ はいの方はご記入ください。(妊娠;           ヶ月目/           週目)
- ※ いいえの方でも、今後治療中に妊娠された方、その疑いがある方は事前に、担当医までお知らせください。

### 治療に対する希望について

- 1, 保険の範囲内で治療を希望する。
- 2, なるべく保険の範囲内で、保険のきかない部分に関しては説明を希望する。
- 3, 保険にこだわらず最上の材料、技術を希望する。

この機会に

- 1, 悪いところはすべて治療希望。
- 2, 今回は応急処置のみ希望。

診療に関するご希望、ご質問があればご記入ください。

### その他

- ・ 喫煙はされますか？ (はい・いいえ)            1日            本
  - ・ かかりつけの歯科医院はありますか？ (はい・いいえ)            歯科医院名；
  - ・ 歯の磨き方について (1日            回)
  - ・ 歯ブラシ以外に使用されているものがあればご記入ください。  
歯間ブラシ・電動ハブラシ・フロス・その他 (            )
  - ・ こちらの歯科医院は、何でお知りになりましたか？ (            )
- |       |           |           |                                 |
|-------|-----------|-----------|---------------------------------|
| 当院記入欄 | ご予約 (有・無) | 待ち (可・不可) | 来院時間(            :            ) |
|-------|-----------|-----------|---------------------------------|