

治療を受けられる患者様へ

来院日 年 月 日
カルテNo.

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	血液型	A・B O・AB
氏名	様						
現住所	〒			携帯電話		ご職業	

個人的秘密は厳守いたしますので、正確にお答えください。該当する箇所に○をつけてください。

どうなさいましたか <input type="checkbox"/> 複数可	1・ムシ菌を治療したい 2・痛いところを治したい 3・銀歯を白くしたい 4・ホワイトニングをしたい 5・つめ物が取れた 6・歯並びを良くしたい(矯正治療) 7・インプラント、先端入れ歯の相談 8・歯石取り、歯の掃除を希望 9・その他()
現在、お痛みのあるところがありますか	1・ある 2・ない
いつからお痛みですか	1・今日初めて 2・ない()位前から 3・時々
麻酔(口腔内)の経験は	1・ある 2・ない
そのとき、異常がありましたか	1・ある ➡ どのような異常でしたか? () 2・ない
歯を抜いたことがありますか	1・ある ()年・()ヶ月位前 2・ない ➡ 血が止まりにくい体質ですか? A)はい・ B)いいえ
その時、異常がありましたか	1・ある (A)血が止まらなかった (B)熱が出た (C)ひどく腫れた (D)貧血を起こした (E)何日も休んだ (F)その他() 2・ない
特異体質、アレルギーはありますか	1・ある A)お薬 B)食物 C)金属アレルギー D)その他() 2・ない ➡ (薬品名:)
現在、何かお薬を飲んでいますか	1・はい(薬品名:) 2・いいえ
内科的な病気はありますか	1・ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中など <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A型肝炎/B型肝炎/C型肝炎) <input type="checkbox"/> 感染症など() <input type="checkbox"/> その他() 2・ない 3・ご家族の既往症 A)ある() B)ない
現在の健康状態は	1・良好 2・不良 《女性の方に》1・妊娠していない 2・妊娠()ヶ月 3・授乳中 (治療期間中に、妊娠された方は、必ずお知らせください)
治療範囲についてのご希望は	1・悪いところは全部治したい 2・今、痛んでいる歯だけ治したい 3・相談の上、治療したい
診療についてのご希望は	1・保険の範囲内で治したい 2・なるべく保険で、保険のきかない所は自費でも構わない 3・相談の上、決めたい
笑ったとき金属が見えるのは	1・気にならない 2・気になる
当院にお見えになったのは <input type="checkbox"/> 複数可	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介(ご紹介者のお名前) <input type="checkbox"/> 勤務先が近い <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> その他()
他に治療に際し、ご希望があればご記入ください	

ありがとうございました・・・もうしばらくお待ちください。

☆ご心配なことがありましたら、お気軽にご相談ください

ミント歯科 院長・スタッフ一同