

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ 歳

職業 _____ 緊急連絡先（携帯）TEL _____

- ・ 今回はどのような症状でいらっしゃったのですか？部位も記入してください。

- ・ それは、いつ頃からですか？

年 月 日頃

- ・ 他の病院か医院で治療を受けられましたか？受けられた場合は、いつ、どちらへ行かれましたか？そこでどのような治療を受けましたか？

- ・ 症状は、今日までどの様に変わってきましたか？

- ・ 次の病気にかかれたことがありますか？または現在かかっていますか？

心臓病 高血圧 低血圧 糖尿病 脳卒中 リウマチ ぜんそく 逆流性食道炎

肝臓病 腎臓病 結核 自律神経失調症 貧血 アレルギー（食物・薬剤）

骨粗鬆症（薬の名前： _____ 約 _____ 年間服用） その他 _____

- ・ 現在、常用されている薬がありますか？ はい・いいえ

病院・医院名 _____ 薬の名前 _____

- ・ 入院したことがありますか？ はい・いいえ

- ・ なにか手術を受けられたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方。それはいつでしたか？ _____ 年 月 歳頃

どんな手術でしたか？ _____

- ・ 輸血を受けられたことがありますか？ はい・いいえ

- ・ 肝炎またはB型肝炎、C型肝炎ウイルスがあると言われましたか？ はい・いいえ

- ・ 傷ができたとき、血が止まりにくいですか？ はい・いいえ

- ・ 歯科治療を受けられて、気分が悪くなられたことがありますか？ はい・いいえ

- ・ 現在、妊娠中ですか？ はい _____ カ月 いいえ

- ・ 現在、授乳中ですか？ はい _____ カ月 ・ いいえ

- ・ 現在、生理中ですか？ はい _____ 日目 いいえ

- ・ 血のつながったご家族にアレルギー・ご病気の方はいますか？ はい・いいえ

- ・ 2週間以内に予防接種を受けましたか？

はい（種類 _____ 接種日 / ）・いいえ

- ・ 今後2週間以内に予防接種を受ける予定はありますか？

はい（種類 _____ 接種日 / ）・いいえ

- ・ かかりつけの歯科医院がありましたら、ご記入ください。 _____

お願い 当科は歯科治療・歯周病の治療・義歯の作製等を行っておりません。
治療が必要な場合は、かかりつけ歯科医院・もしくはお近くの歯科医院にて
治療を継続していただきます。ご了承いただけますようよろしくお願いします。