令和　年　月　日

治療を受けられる患者さんへ

フリガナ 氏名	年齢　　才 性別　男・女	電話	自宅 緊急連絡先
住所	〒		

どうなさいましたか？	□痛みがある　□むし歯の治療をしたい □歯並びが気になる　□入れ歯を入れたい □歯ぐきが気になる　□歯石を取って欲しい □検査をして欲しい □その他（　　）
歯科医院で麻酔の注射をしたことがありますか？	□はい　⇒ ⇒ ⇒ その時 □いいえ　（□異常なし　□貧血を起こした　□麻酔が効きにくかった　□その他）
今までに大きな病気や、手術をした事がありますか？	□なし　↓②該当の方は〇を付けてください □①卒中　□②肝炎（A型、B型、C型、E型、不明） □③心臓病　□④腎臓病　□⑤糖尿病　□⑥結核 □⑦高血圧（　　/　　）　□⑧喘息 □⑨潰瘍網（　胃　/　十二指腸　）　□⑩その他（　　）
薬を飲んで副作用は、ありませんか？	□ない　□胃が悪くなる　□発疹ができる □ある　□かゆくなる　□その薬品名（　　）
現在は何かの薬を飲んでいますか？	□いない □いる（その薬品名　　）
特異体質やアレルギーはありませんか？	□ない　□かぶれやすい　□じんましんが出る □ある　□喘息がある
現在他の科に通院していますか？	□ない □ある（院名　　）
現在の健康状況は？	□良好　□普通　□不良 □妊娠（　　ヶ月）
治療は？	□全体的に治療したい □症状が気になる部分のみ治療したい
その他、何かございましたらお気軽にご記入ください。	