

# 治療をうけられる患者さんへ

カルテ No. \_\_\_\_\_ 来院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ 氏名	.....	男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日(才)	血液型	A・B O・AB	R H	+	-		
現住所	〒							TEL						
								携帯電話						
勤務先名 職業			勤務先住所									TEL		

以下の質問は、あなたの歯科治療を行うにあたって必要な資料を得るためのものです。  
個人的な秘密は厳守いたします。正確にお答え下さい。該当する箇所に○をつけてください。

どうなさいましたか	1. ムシ歯の治療をしたい 2. 入れ歯を入れたい 3. つめたものがとれた 4. 歯ならびを治したい 5. 歯の清掃をして欲しい 6. 歯を白くしたい 7. 検査をして欲しい 8. その他 ( )												
どこがお痛みですか	右上	上前	左上	1. 歯	2. 歯肉	3. あご	右下	下前	左下	4. 入れ歯	5. ほほ	6. 舌	
いつからですか	1. 今日初めて 2. ( )日位前から 3. ずっと、前から 4. 時々												
昨夜は	1. 痛くない 2. 痛い眠れた 3. 眠れない 4. 薬を飲んだ(薬の名前 )												
今は	1. 痛くない 2. 少し痛い 3. ひどく痛い												
痛み方は	1. スキズキと痛い 2. ズーと痛い 3. 歯を合わせると痛い 4. 痛んだり止んだり												
冷たいもの・熱いものは	1. 冷たいものがしみる 2. 熱いものがしみる 3. しみない												
麻酔(口腔内)の経験は	1. ある 2. ない												
その時、異常はありましたか	1. ある → どの様な異常でしたか? ( ) 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? (Ⓐ はい Ⓑ いいえ)												
その時、異常はありましたか	1. ある → (Ⓐ血が止まらなかった Ⓑ熱が出た Ⓒひどく腫れた Ⓓ貧血を起こした) 2. ない (Ⓐ何日も痛んだ Ⓑその他 ( ))												
特異体質、アレルギーはありますか	1. ある → Ⓐお薬 Ⓑ食物 Ⓒその他 ( ) 2. ない (薬品名: )												
現在、何か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 → (Ⓐ心臓 Ⓑ腎臓 Ⓒ高血圧 低血圧(最高 /最低 mmHg) Ⓓ糖尿 Ⓔ肝臓(肝炎) Ⓕその他 ( )) 2. ない												
今までに大きな手術を受けたことはありますか	1. ある → (病名: ) 2. ない												
現在の健康状態は	1. 良好 2. 不良 (女性の方に) 1. 生理中 2. 妊娠 ( )ヶ月 3. 授乳中												
治療範囲についてのご希望は	1. 悪い所は全部治したい 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. 健康保険の範囲で治したい 2. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない 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	1. 初めて → 当院をどうして知りましたか Ⓐ紹介されて(ご紹介者 )様 Ⓑ人から話を聞いて Ⓒ広告を見て Ⓓ通りがかりに見て Ⓔホームページを見て 2. 前に来たことがある ( )年・( )ヶ月位前												
治療時間は	1. ( )曜日がよい 2 ( )時頃がよい 3. いつでもよい												

ありがとうございました・・・しばらくお待ち下さい。

\* ご心配なことがありましたら、お気軽にご相談下さい。



ふたば  
雙葉デンタルクリニック