

7. 該当するものがあれば○印をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------|--|
| 1.時々、脈拍がくるう事がある | 7.現在、妊娠中である(_____ 週目) |
| 2.立ちくらみを起こしやすい | 8.現在、授乳中である(_____ ヶ月目) |
| 3.出血が止まりにくい | 9.薬を飲んだりつけたりした時、かぶれや発疹(薬物アレルギー)が出た事がある(何の薬ですか? _____) |
| 4.人工透析を受けている(いつ _____) | 10.たばこを吸う(1日 _____ 本位) |
| 5.輸血をした事がある(いつ _____) | |
| 6.青あざ(皮下出血)を作りやすい | |

8. 麻酔を使って手術や抜歯(乳歯を含む)をした事がありますか?

- | | |
|----------------------------|-------|
| 1.はい | 2.いいえ |
| *その時、気分が悪くなったり異常反応はありましたか? | |
| 1.はい(どの様な症状ですか? _____) | 2.いいえ |

9. 歯の磨き方を習った事がありますか?

- | | |
|--|-------|
| 1.はい(いつ頃ですか? _____) | 2.いいえ |
| *上手に歯磨きをする事で歯周病を予防できる事をご存知ですか? | |
| 1.はい | 2.いいえ |
| *虫歯、歯周病について、又ご自分のお口の状態で考えている事をお聞かせ下さい。 | |

最後に...

どの様な治療をお望みですか?

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1.この機会に悪い所はすべて治したい | 2.今気になる所だけ治したい |
|--------------------|----------------|

治療費については?

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1.より良い物であれば、保険の範囲外でも構わないので相談したい | 2.保険の範囲内で治したい |
|---------------------------------|---------------|

当歯科医院をどの様にして、ご存知になりましたか?参考までにお聞かせ下さい。

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1.友人、知人から(_____ 様) | 3.看板、建物から |
| 2.家族から(_____ 様) | 4.その他(_____) |

フリガナ		血液型	性別	生年月日	年齢
氏名		型	男女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
ご住所	〒				
電話		携帯電話			
ご職業		勤務先 (学校名)			

診療、その他に対するご希望は、医師、スタッフへお気軽にご相談下さい。