

ふりがな	(電話番号)	明・大・昭・平
お名前	(携帯番号)	年 月 日()才

健康状態についての質問(該当するものに○印またはご記入ください)

1. 歯科の治療は苦手ですか？ (はい いいえ)
2. どうなさいましたか？
 - ・歯が痛い
 - ・歯ぐきが痛い
 - ・歯ぐきが腫れてる
 - ・入れ歯の不具合
 - ・詰め物が取れた
 - ・歯が欠けた
 - ・あごが痛い
 - ・その他()
3. 症状はいつ頃からですか？(日前 週間前 月前)
4. 今までに歯科で麻酔注射をされた事がありますか？
(はい いいえ わからない)
5. 今までに大きな病気にかかれた事がありますか？
(心臓 肝臓 腎臓 糖尿病 高血圧)
(その他)
- ☆手術を受けられた事がありますか？
(はい いいえ)
- ☆現在服用されている薬があればご記入ください
()
- 骨そしょう症の薬や血液サラサラの薬を服用されている方は必ず申告してください
服用している していない 以前服用していた わからない
- ☆現在、PL病院で他科に通院または入院されている方は担当の先生をご記入ください
(科 先生)
- ☆PL病院以外で通院又は入院されていますか？
(はい いいえ) (病院 科)
6. お薬・注射のアレルギーはありますか？
(はい いいえ わからない)
7. 妊娠について
 - ☆妊娠している(月)
 - ☆妊娠しているかもしれない
 - ☆授乳中
8. 歯科治療のご希望
 - ☆気になっている所だけ治療してほしい
 - ☆悪いところはすべて治療してほしい
9. 記入日 年 月 日