

ふりがな	電話番号
お名前 (男・女)	住所 〒 -
生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)	

《マイナ保険証による診療情報取得に同意》

する しない 持っていない

《当院をどこでお知りになりましたか》

紹介 () 様) 家族が来ている
 看板 インターネット その他 ()

①本日はいかがなさいましたか？該当する□に✓してください

検診、歯の掃除をしたい
 その他の場合、具体的な症状やご要望をお書き下さい
(例、昨日から右上の奥歯がズキズキ痛い。 食事中に下の前歯の差し歯がとれた。)

②内科的な疾患がありますか？ ない ある

下記の疾患で該当するものがあれば、○をしてください
 高血圧 心・血管疾患 呼吸器疾患 糖尿病 骨粗しょう症 血液疾患
 アスピリン喘息がある 心臓ペースメーカーをつけている 透析している
 心筋梗塞や脳梗塞・脳内出血を起こしたことがある 甲状腺機能亢進症
 その他 ()

③歯科の治療中についてお伺いします。該当する場合は□に✓してください

麻酔などで気分が悪くなったことがある 血が止まりにくい可能性がある

④現在、飲んでる薬はありますか？ ない ある (お薬手帳をお出してください)

下記の薬で該当するものがあれば、○をしてください
 ・骨粗しょう症の薬 ・睡眠剤、精神安定剤
 ・ワーファリンやアスピリン等の血液サラサラの薬

⑤タバコ喫煙の習慣はありますか？ ない ある (一日 本くらい)

⑥アレルギーはありますか？ ない ある

下記のアレルギーで該当するものがあれば、○をしてください
 ・ヨウ素、ヨード ・ゴム (ラテックス) ・金属 (種類)
 ・アルコール ・薬 () ・その他 ()

⑦現在または過去に、血液媒介の病気に感染したことがありますか？ ない ある

該当するものに、○をしてください
 ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・HIV ・その他血液疾患

⑧現在または過去に抗癌治療を受けたことがありますか？ ない ある

下記の抗癌治療で該当するものがあれば、○をしてください
 ・放射線療法 ・化学療法 ・他

⑨女性の方におたずねします。該当する場合は□に✓してください

妊娠の可能性がある 妊娠 カ月である 授乳中である