

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)	

《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、飲んでいる薬はありますか？ □ない □ある (お薬手帳をお出しください)

- 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がん治療を受けたことがありますか？ □ない □ある

- 下記の抗がん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 月である  授乳中である