

初めてご来院いただいた方への歯科疾患管理計画について

安心・安全な歯科医療・管理計画をご希望の方は以下の事をお聞かせください

記入日 年 月 日

フリガナ			明治・大正・昭和・平成
ご氏名	男・女	生年月日	年 月 日生(
ご住所	〒		自宅TEL () 携帯電話 ()
ご職業 勤務先			通常のご連絡先：ご自宅・携帯電話 その他 ()

(該当するものを○で囲んでください)

来院された理由	歯が痛い・入れ歯が合わない(われた)・歯に穴があいた(かけた) 取れた(つめもの、かぶせもの、歯)・歯石が付いた・歯肉がはれた 検診希望・虫歯や歯周病の予防・インプラントについて・歯を白くしたい 歯並びが悪い・他の(歯科)医院からの紹介/転院() 医院 その他()
症状はいつ出ましたか	今日・____日前・____週前・____ヶ月前・不明
最近(2~3ヶ月)歯の 治療を受けましたか	(はい・いいえ) ↳ ____年 ____月頃 内容
歯の治療で異常を起こし たことがありますか	(あり・なし) ↳ 貧血を起こした・痙攣をおこした・血が止まりにくかった・怖かった 麻酔が効きにくかった・その他()
アレルギー体質ですか	(あり・なし) ↳ 薬や食べ物で異常が出たことがある(内容: ぜんそく・その他()
今かかっている病気は ありますか	(あり・なし) ↳ 病名() 通院中の病院名() お薬()
今までにかかった主な病 気はありますか	(あり・なし) ↳ 高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・骨粗しょう症・リウマチ てんかん・精神疾患・ガン() ガン)・その他()
妊娠・授乳していますか (女性の方のみ)	(はい・いいえ・授乳中) ↳ 妊娠 ____週 出産予定日 ____年 ____月 ____日
喫煙されていますか	(いいえ・はい) 1日 ____本程 ____年間・禁煙した・禁煙中)
間食について	習慣的飲料：無し・有り() 間食：規則的・不規則
睡眠の状態やストレス	睡眠時間：約()時間 ストレスの度合い(強い 中 弱い)
歯磨きについて	歯磨きをする時：起床時・食後(朝・昼・有)・寝る前 時間()分程 歯ブラシ以外の器具の使用：無・フロス・歯間ブラシ・その他()
治療に対するご希望	悪いところは全部・相談して決める・現在痛んでいるところだけ
来院日時のご希望	月-火-水-(木)-金-土(午前・午後・夕方)・いつでも・仕事や学校の休日に 仕事や学校が終わってから・介護、子育ての合間に
当歯科をどのようにして しりましたか	家の近くだから・職場の近くだから・近くの病院にかかっているから 健診会、懇談会で知ったから・看板、広告を見て・ホームページを見て 他の病院、歯科医院からの紹介(紹介医院名：) 友人/知人/家族の紹介(お名前)・その他()
治療の期間に関して	ゆっくり治療・まとめて治療・__月__日までに終わりたい・おまかせ
その他、治療上のご意見、ご希望がございましたらご記入ください	