

(日付) 年 月 日

アクア歯科クリニック

ふりがな 氏名 (男・女)		生年月日 S・H・R 年 月 日()才	
住所 〒		携帯 自宅	
勤務先 (会社名)			
紹介者名		かかりつけ医院名 (内科など)	
お答えは○で囲んでください			
本日ご来院されました気になる部位はどこですか？			
		左上	前上
		左下	前下
		右上	右下
どうなさい ましたか？	1. 痛みがある 2. 詰め物・かぶせが取れた 3. 入れ歯の調子が悪い 4. 歯の掃除をしてほしい	5. 虫歯がある 6. 入れ歯を入れたい 7. 検査をしてほしい 8. 相談()	
※今回の歯科治療のご希望 <input type="checkbox"/> 気になる所のみ治療希望 <input type="checkbox"/> 全て治療希望			
※治療内容についての希望 <input type="checkbox"/> 全て保険で治して欲しい <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費も希望			
右の病気に かかった事が ありますか？	1. 血管の病気(高血圧症・低血圧症・動脈硬化・その他) 2. 心臓の病気(心筋梗塞・狭心症・ペースメーカー・心臓弁膜症・その他) 3. 血が止まりにくい→服用されている薬の種類() 4. 感染症(肝炎(A・B・C)・その他()) 5. 腎臓の病気 6. 糖尿病 7. 骨粗しょう症→服用されている薬の種類() 8. 脳梗塞 9. なし		
アレルギーや 特異体質が ありますか？	1. 薬を飲んで異常あり→薬の種類() 2. 注射をして異常あり→薬の種類() 3. 食べ物で異常あり→食べ物の種類() 4. じんましん・ぜんそくがあり 5. その他() 6. なし		
現在、服用されているお薬はありますか。(市販薬を含めてご記入ください) ※お薬手帳をお持ちの場合は受付にご提示ください。			
女性の方にお聞きます。 妊娠されていますか？	はい(月)・いいえ	授乳中ですか？	はい・いいえ
【生活習慣の状況】			
・1日の歯磨きの回数()回			
・歯磨きの時間 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前			
・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他()			
・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない			
・口腔清掃機具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ			
・その他()			