

~健康チェック~

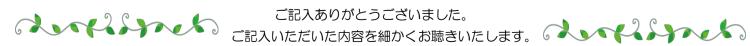
初診日	
האת	



ふりがな			住所	₹				
氏名								
生年月日 昭	8和 平成		年	月	日生	歳	男	女
電話番号				携帯翻	号			
E-mail								
職業		自営業	主婦	パート	学生	その他()
当クリニックへは何:	を見ていらっし	しゃいました:	か?					
紹介(様) l	HP	看板	ご近所	その他()
①どうなさいましたか口むし歯がある口詰め物・被せ物が口歯並びを良くした	取れた	□歯が痛 □入れ歯(□歯の色)	の具合が	悪いる(白くし	たい)	□歯のク! □健診をし □その他		して欲しい
②それはどこの部分で <u>ち上</u> <u>ち下</u> を下	すか? <u>前上</u> 前下	右上	_	□≦	部	コその他()
③いつごろからですか 口今日から 口その他(? (痛みのある 口昨夜から			日前から	5 □ ず :	っと前から	□時々	
④どのように痛みます;	か?							
□ズキズキ痛い □熱い物がしみる	口かむと痛	\$()	ロとき	どき痛い 他(□冷ᡮ	こい物がしみる)	
⑤歯を抜いたことがあ 口ない		(年前)	(カ月	前)		
※その時、何か異常□ない□その他(か?(歯を抜 なだ				口熱が出た	Ē	
⑥歯の治療で麻酔をした 口ない	たことがありま □ある	ますか?						
※その時、何か異常 口ない	はありました <i>が</i> 口ある(痘		したことが	がある方へ	.))		

⑦現在及び過去にかかっ	た病気があり	ますか?				
□ない □心疾患	口肝疾	患 口腎疾患	見 口胃脈	易 □糖尿	□貧血	口高血圧
□甲状腺 □血液	疾患 □	脳疾患 □精	持神疾患	口喘息		
ロアレルギー(金属	薬 食物 花	粉 ハウスダスト	ト アトピー	その他)	口その他()
※過去に手術をされた	ことがありま	すか?				
口ない		ッね: いつ頃ですか:)
						,
※過去に輸血を受けた	ことがありま	すか?				
口ない	□ある (いつ頃ですか:)
⑧現在服用している薬は	ありますか?					
ロない						
□ある (薬名:)
※薬を服用して副作用	を起こしたこ	とがありますか?				
口ない	□ある())
<u> </u>		~ U ·				,
⑨顎の状態が気になりま	すか?					
□気になる	口気になら	ない				
※現在ある症状はあり	ますか?(気					
□□が開けにくい		□□の開閉時に	音がする		開閉時に痛みがあ	
口肩こり		□腰が痛い		□朝起	きた時顎がこわば	る
⑩日頃、歯の定期健診を	- 西診されてい	ますか?				
回はい	回いいえ	0.4977				
※はいと答えた方へ						
□3ヵ月に一度	□6ヵ月に·	一度 □	1年に一度	□痛く	なった時だけ	
⑪治療について						
□問題のあるところを						治療したい
口痛いところだけ治し	たい	口担当医と相談	炎しながら治療	禁計画をたてた	EU1	
口その他()	
⑫その他、気になること	わご圣はがつ	゚゙゙゙゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚	コスノださい			
(でて))に、女になること	マロ中型グロ	C い み し に り C ii	レンノンにのこ			

(例:麻酔が苦手・歯のクリーニングの際に痛みを感じることがある等)



お気軽に何でもお話ください。