

初 診 表

ふりがな		男	生年月日	明 大 昭 平	
御名前		女		年 月 日 才	
御住所	〒		電	話	
会社名			電		
御紹介者		携帯電話		メールアドレス	
本日来院された理由 1. 歯が痛む      2. 虫歯がある      3. 詰めていたものがとれた      4. 歯ぐきから血が出る 5. 歯ぐきのはれた      6. 歯がぐらぐらする      7. 歯石をとって欲しい      8. 歯ならびが悪い 9. 歯を入りたい      10. 検査をして欲しい      11. その他					

既往歴

- 過去もしくは現在に下記の病気にかかったことがありますか。もしありましたら○で囲んで下さい。  
貧血、 喘息、 糖尿病、 心臓病、 高血圧症、 低血圧症、 腎臓病、 肝臓病、 リューマチ
- 上記以外にも特に何かありますか。 はい、いいえ  
もしあるとすればそれは何ですか。 \_\_\_\_\_
- 現在、歯科以外の先生にかかっていますか。 はい、いいえ  
かかりつけの先生(内科、外科など)がありましたら御記入下さい。  
御名前 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_
- 現在、何か薬を使用していますか。 はい、いいえ  
もし、あるとすればその薬品名 \_\_\_\_\_
- 怪我などの時、出血は止まりにくい方ですか。 はい、いいえ
- 薬や食物その他にアレルギーはありますか。あれば○で囲んで下さい。 はい、いいえ  
ペニシリン等の抗生物質、サルファ剤、ピリン系薬物、その他の薬物 \_\_\_\_\_  
食物 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_
- 歯科で麻酔をされた事がありますか。 はい、いいえ  
その時何か不快な症状がありましたか。 はい、いいえ
- 抜歯の経験はありますか。 はい、いいえ
- 御婦人へ  
現在、妊娠中ですか はい、いいえ 何ヶ月ですか \_\_\_\_\_ ヶ月
- 1日何回歯を磨きますか。 \_\_\_\_\_ 回

ありがとうございました。