

# DENTAL QUESTION

フリガナ  
氏名

性別 生年月日  
男・女 明・大・昭・平 年 月 日

住所 〒

自宅TEL ( )

勤務先名  
(役職名)

緊急連絡先 TEL ( )  
(携帯可)

ご紹介者名

ご紹介者住所

## 来院理由 該当するものに○をご記入下さい

1. 審査(検診) 2. 虫歯の治療 3. ハグキの治療 4. 歯石とり  
5. 応急処置 6. 入れ歯の治療 7. 歯の漂白(ホワイトニング) 8. その他( )

## 治療方法について 該当するものに☑をご記入下さい

- 1回にできるだけ多く治療してほしい 又は  1回が10~15分程度で回数がかかってもよい  
 痛む歯のみ治療してほしい 又は  痛みのない歯も全て治療してほしい  
 健康保険の範囲内で治療したい 又は  保険外治療についても説明してほしい  
 最もよい資材と方法で直してほしい

## 次の質問にお答え下さい

どちらかに○を  
つけて下さい

1. 最近歯医者に通いましたか? はい いいえ  
それはいつ頃ですか( 年 月頃 )
2. 痛みはありますか? はい いいえ
3. ハグキから出血しますか? はい いいえ
4. 歯を抜いたことがありますか? はい いいえ
5. 長く血が止まらなかったことがありますか? はい いいえ
6. 血圧が高い(低い)と医師に言われたことがありますか? はい いいえ
7. 麻酔薬や特別な薬(ペニシリン・アスピリン等)に対して敏感な  
ほうだと言われた事がありますか? はい いいえ
8. 薬・食べ物などでジンマシンが度々出ますか? はい いいえ
9. リューマチ・心臓病・テンカン性・肝臓病・糖尿病・腎臓病・ぜんそく  
その他( )を患っていますか? (現在 年前)
10. 貧血・失神はしやすいですか? はい いいえ
11. 現在かかっている病院名・医師名・飲んでいる薬を教えてください  
病院名( ) 医師名( 医師) 薬名( )
12. 投薬について  院内  院外
13. その他ドクターに伝えることはありますか?(例 生理・妊娠・アレルギー・既往症あり等)  
( )

## ※お子様について

- ・泣いたら治療をどうされますか?  おさえても続けてほしい  中止(次回に)してほしい  
・お母様が治療の間はどうされますか?  診療室へ同伴される  スタッフと遊んでほしい  
お子様の愛称( ) 年齢( 才)

Dental Clinic Kano  
デンタルクリニック カノウ

年 月 日