

Clinic Sheet

月 日 No.

住所

TEL

ふりがな
氏名

職業

生年月日

年 月 日

御紹介者

どうなさいましたか

- ムシ歯の治療をしたい 歯ならびを治したい
義歯を入れたい 検査をしてほしい
歯の清掃をしてほしい その他

どこがお痛みですか

- 歯 歯肉 舌 顎 頬 唇

歯を抜いたことがありますか

- ない ある 年前 月前

その時何か異常がありません
でした

- ない ある 血が止まらなかった 貧血をおこした
何日も痛んだ 熱が出た

薬を飲んで副作用はありませんか

- ない ある 胃が痛くなる 発疹ができる
かゆくなる

特異体質やアレルギーはありませんか

- ない ある かぶれやすい 喘息がある
蕁麻疹が出る

内科的病気はありませんか

- ない ある 心臓 腎臓 肝臓
高血圧 糖尿病 その他

現在服用している薬はありますか

- ない ある 薬品名

その他特別なことは

- 妊娠 カ月

この機会に

- 悪いところは全部治したい 痛いところだけ

治療についての御希望は

- 保険の範囲で治したい
なるべく保険で、保険以外のことは説明を聞き相談の上、決めたい
保険にかぎらず、最良の方法で治したい

お願い 疲労、睡眠不足、生理等、体の不良な日は、必ず診察前に医師にお申し出下さい。

ありがとうございました。少々お待ちください。

歯科 担当