

診療を受けられる方へ

初診日 令和 年 月 日 カルテNo.

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年齢 歳
お名前		大・昭・平・令 年 月 日生	血液型 (型)
ご自宅住所 (〒 -)		自宅電話 ()	
		携帯電話 . .	
		予約のお知らせ電話 (自宅・携帯)	
ご職業 (会社等も) [学生さんは学校園名]		世帯主名[保護者名]	
通院に便利な曜日 月・火・水・木・金・土 時間帯 ()			
当医院には 1. はじめて 2. 以前来たことがある (年くらい前)			
主治医 (かかりつけの病院・先生)		病院	先生

安全で適正な治療を行いたいので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。末廣歯科医院では、あなたの健康を保つためにお役に立ちたいと考えています。その上であなたの痛みや困っている点を改善するだけでなく、楽しく食事ができるようになり、美しい歯で素敵な笑顔を見せられるようになって頂きたいと思っています。

当てはまる項目を○で囲み、数字を記入してください。

1. 今一番お困りの点は?	A 歯が痛い B つめ物、かぶせがとれた C 歯ぐきがはれた D 入れ歯が合わない E 歯のないところに入れてほしい F 咬みにくい G 歯の色が気になる H 歯石を取りたい I 歯並びを治したい J 顎の関節がおかしい K 検診をしてほしい L その他 ()
2. どの場所ですか?	奥歯 (左・右) (上・下) 前歯 (左・右) (上・下) その他 ()
3. それはいつからですか? きっかけがあれば	() 時間前・日前・週間前・か月前 (きっかけ:)
4. 痛みのある方へ どんな時に痛みますか?	A 現在も痛い B 何もしなくても C 食事中 (冷たい物 熱い物 甘い物) D 咬んだ時 (硬い物、普通の物、軟らかい物) E 歯ブラシを当てた時 F その他 ()
どのように痛みますか?	A ズキズキ痛む B しみた後に痛みが続く C しみた後すぐ治まる D 鈍い痛み E 違和感 F その他 ()
一番痛かったのは?	A 今現在 () 時間前・日前・週間前・か月前
5. 当院をお知りなった理由は? (複数回答可)	A 家族が来ている (父 母 夫 妻 祖父母 子供 兄弟) B 親類が来ている C 紹介者がいる (お名前) A インターネットから [検索のキーワード] B 他の医院からの紹介 C 本や雑誌を見て D 建物を見て E 町内地図で F 職場から近い G 家から近い I その他
6. 最後に歯医者にかかったのはいつですか?	今回初めて・約 () 年前・月前・週前・日前
7. 歯を抜いた時の異常がありましたか?	ない・ある
ある方 その時、異常は?	気分が悪くなった・血が止まりにくかった・麻酔が効きにくかった
8. アレルギーのある方へ	ない・アトピー・ぜんそく・花粉・金属・その他 ()
9. 女性の方へ	妊娠中 () か月・妊娠の可能性がある

当院では、歯周病菌の細菌検査にもとづく投薬治療、子供のための装置を用いた矯正、かみ合わせの修正等を行い健康な日々を送っていただくサポートをしています。詳しくはドクター・スタッフにご遠慮なくお尋ねください。