

お口の健康管理のために

受付日 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭・平・令	年	月	日
お名前		年齢		性別	男・女	
ご住所	〒	TEL				
		携帯				
ご症状やご来院理由をお聞かせ下さい。			しみる・痛い・腫れた・欠けた			
いつ頃? ▶ お口のどの部分? ▶ どういう時? ▶			取れた・揺れる・口臭がある			
()頃から()が()時に			入れ歯を直したい・作りたい			
			その他()			

体調や疾患について

今までの抜歯や麻酔時、治療時に異常はありましたか?	なし・あり (具体的な症状:貧血・出血多い・発熱した・めまい) その他()
健康状態や特異体質	体調良い・悪い(症状:)・体質()
薬の副作用やアレルギー	なし・あり (具体的な症状:)
ご希望の治療方法	痛い所だけ治したい・悪い所は全部治したい 保険のみで治療したい・自費の治療も検討したい その他通院や治療時のご要望()
以前に大きな病気のあった方	なし・心臓病・肝臓病・腎臓病・その他()
現在服用中のお薬	なし・あり ※所持されてましたら、お薬手帳をご提出下さい。 手帳が無い方 (名前や種類:)
現在内科的疾患等があり、かかりつけの病院がある方	なし・あり →医療機関名:() ()科 ()先生

現在疾患があり、通院中の方のみ、読んでから○をお付け下さい。

当院では、偶発症等を防ぎ安全な治療を行う目的で、患者様のかかりつけ医院へ数ヶ月毎に情報共有を行う場合があります、そちらの受診時に情報提供料が発生することがございます。(3割負担の場合約750円)

こちらにご同意いただけますか? 同意する・しない

疾患をお持ちの方は、当てはまるものに、○をお付け下さい。

糖尿病* / B C型肝炎(他) / 骨粗しょう症*(骨吸収抑制薬の服用あり・服用なし)

高血圧性疾患 / 心疾患(心不全・不整脈・他) / 脳疾患(脳梗塞 他)

↑2列目の症状に当てはまる方は、次をお選び下さい(血液がサラサラになるお薬の服用あり・服用なし)

呼吸器疾患(ぜんそく / 慢性気管支炎 / 他) / 人工呼吸器を装着中 / 在宅酸素療法中

腎疾患(慢性腎臓病 / 副腎皮質機能不全 / 他) / 甲状腺機能亢進症 / 関節リウマチ

消化器疾患() / 精神疾患() / てんかん / HIV* / 感染性心内膜炎*/他()

ご記入ありがとうございました。提出前に、お薬手帳や保険証など必要なものをご確認下さい。

お時間ある方は、裏面にもご記入をお願いします。

歯のクリーニングについて	歯のお掃除をする際、1日300円の追加料金にて、ジェットパウダーの噴射で歯を白くキレイに出来るエアフローのご利用を推奨しております。 <u>施術への追加をご希望されますか？</u> ※使用しない場合もあります はい・いいえ
ホワイトニングやエステに関して興味はございますか？	はい・いいえ
喫煙習慣について	なし・1日あたり()本

以上です。こちらを受付までお持ち下さい。

ご協力ありがとうございました😊

*付き→総医、糖尿病→総医+医管、その他→医管

☆ 歯・歯肉の状態・検査結果

歯周病 あり・なし

虫歯 あり・なし

☆ 治療予定

- 虫歯の治療
- 歯周病の治療
- 義歯またはブリッジ
- その他

☆ 治療期間

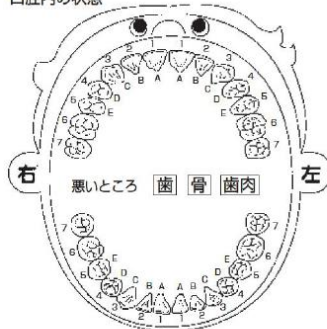
()週()回で約()カ月程度

☆ カウンセリングを希望しますか？

はい・いいえ

- 上記の説明を受けました
- (患者さんチェック欄)

口腔内の状態



[保健医療機関名]

医療法人社団 緑相会
エムズ歯科コピオ

[担当歯科医氏名]

[担当歯科衛生士]