



お口の健康管理のために(お子さま用)

※保護者の方が記入してください

来院日: 年 月 日

ふりがな		男・女	ふりがな	
お名前			保護者氏名	
住所	〒			
生年月日	平成・令和 年 月 日 才			
紹介者		電話番号	こちらから連絡する場合がございます。連絡が付きやすい番号をご記入下さい。	

★どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい
入れ歯さし歯を入れたい 詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい
その他 ()

★いつから痛みますか？

- 現在痛みはない 今日 昨日から 時々 ()日くらい前から ずっと前から

★歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

★麻酔をしたことがありますか？

- 初めて 経験がある

★麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありませんか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない ある()

★薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある(原因 症状)

★現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる(薬名)

★現在または過去に病気をしたことがありますか？(喘息・アトピー・心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など)

- ない ある()

★本日の健康状態はいかがですか？

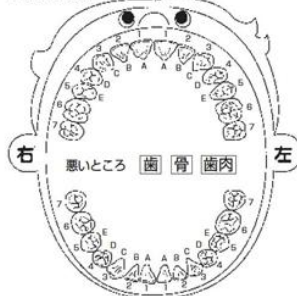
- 健康 風邪気味 熱がある その他()

★当院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通りがかり パンフレット・チラシ 電話帳
その他()

- ☆歯・歯肉の状態・検査結果
 歯肉炎 あり・なし
 虫歯 あり・なし
 ☆治療予定
虫歯の治療 歯肉炎の治療
義歯またはブリッジ その他
 ☆治療期間
 ()週()回で約()ヶ月程度
 ☆カウ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]

全身疾患等に関する問診表

令和 年 月 日

ふりがな	大・昭・平・令
氏名	年 月 日

当院での治療を安心して行う為に、歯科治療時における偶発症を防ぐ事を目的として以下の記載をお願いします

1. 該当する項目に✓点をつけて下さい

糖尿病

骨粗鬆症 (こつそしょうしょう) →

骨粗鬆症に✓された患者様にお伺いします。
骨吸収抑制薬を服用していますか
服用している 服用していない

関節リウマチ

高血圧性疾患

心不全

不整脈

不整脈・心不全・脳血管障害に✓された患者様にお伺いします。
血液がサラサラになるお薬を服用していますか
服用している 服用していない

脳血管障害

虚血性心疾患

甲状腺機能亢進症

慢性気管支炎

慢性腎臓病

自律神経失調症

感染性心内膜炎

副腎皮質機能不全

人工呼吸器を装着している

ぜんそく

在宅酸素療法を行っている

てんかん

HIV

(女性の方へ) 現在妊娠されていますか

している (月) していない

✓点が入った患者様にお伺いします

当院では歯科治療を安全に進めていくにあたり、患者様のかかりつけ医師に3ヶ月に1度程度服薬等の情報共有を行っております。
かかりつけ医療機関のある患者様は以下のご記入をお願い致します。

情報共有にご同意いただけますか はい

かかりつけ医療機関名：

担当医：