

お名前 漢字 _____ ローマ字 _____

パスポート番号 _____ 生年月日 西暦 _____年____月____日

ご自宅 住所 _____

Postal Code _____

電話 _____ Fax _____ 携帯 _____

緊急連絡先 会社名 _____

または勤務先 住所 _____

Postal Code _____

電話 _____ Fax _____

職業・役職 _____ 性別 男・女

紹介者名 _____ (差し支えなければ、お書き下さい)

治療を開始するにあたり、以下の点について正確にお答え下さい。

○ 全身的なことについて

1. 現在大きな病気にかかっていますか？ はい・いいえ
2. 過去に大きな病気にかかったことがありますか？ はい (_____年前) ・いいえ
3. 1,2 で「はい」と答えた方にお尋ねします。それはどのような病気ですか？
心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝炎 (A型 B型 C型 その他) 腎炎 腎不全
リウマチ 胃・十二指腸潰瘍 ぜんそく 甲状腺疾患 血液疾患 てんかん その他(_____)
4. 現在服用しているお薬がありますか？ はい (薬名 _____) ・いいえ
5. 食べ物やお薬にアレルギーがありますか？ はい (_____) ・いいえ
6. 医師から服用を禁じられているお薬はありますか？ はい (薬名 _____) ・いいえ
7. 過去に輸血を受けたことがありますか？ はい (_____年前) ・いいえ
8. 喫煙者ですか？喫煙者の場合 1日どれくらいの量ですか はい (_____本) ・いいえ
9. 女性の方にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか？ はい (予定日 _____) ・いいえ
10. 女性の方にお聞きします。現在授乳中ですか？ はい・いいえ

○ 歯科治療について

1. 今まで歯の治療のため麻酔をされたことがありますか？ はい・いいえ
2. 麻酔治療時に、気持ちが悪くなったりふらふらしたりしたことはありますか？ はい・いいえ
3. 今までに歯科医院で歯を抜いたことはありますか？ はい・いいえ
4. 歯を抜いた際に、血が止まりにくかったことはありますか？ はい・いいえ

○ 治療にあたって、何かご希望等がありましたら簡潔にお書き下さい。