

診察を受けられる方へ

体温()

エンゼル歯科

ふりがな
氏名

住所

固定電話

携帯電話

※ 当院で撮影する写真・レントゲン等は歯学の発展のため使用させていただく場合があります。ご了承ください
(個人が特定されることはありません)

1. どうなさいましたか

<歯> 虫歯の治療がしたい 抜歯をしたい フッ素を塗りたい

<その他> 定期検診
歯のクリーニング
歯並びが気になる

<歯ぐき> 出血する 口臭が気になる

<口腔機能> 固い食べ物が好きじゃない いつも口がポカンとあいている
食べるのに時間がかかる 指しゃぶりや、鉛筆、唇を噛むくせがある
右か左どちらかの方でしか噛まない 扁桃腺がよく腫れる
食べる量にムラがある いびきをかく
うまく言葉をしゃべれない 寝る時はどこ向きですか
(上向き・横向き<右・左>・うつ伏せ)

2. その場所はどこですか

右上	上前	左上
右下	下前	左下

3. 今まで何か病気にかかった事・治療中の病気はありますか

なし ある()

4. 現在、継続的に飲まなければならないお薬をかかりつけの医院からもらっていますか？

なし ある (病院名: 何科: 担当医:)

5. それは何年くらい飲んでいますか？ ()年位

6. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある→)

7. 歯科治療で気分が悪くなった事がありますか (ない・ある→どんな時ですか ())

8. 治療についてのご希望は (悪いところは全部治したい・一部だけでよい)

9. 治療が必要となった場合 最も良い材料と方法を希望 健康保険内の治療を希望
相談して決めたい

10. 当院にお見えになったのは

初めて(タウンページ・看板・ブログを見て) 以前来ていた
紹介されて来た→ご紹介者()