

7. 該当するものに○印をつけてください。

- 1. なし
- 2. 牛乳アレルギーがある
- 3. 薬を飲んだりつけたりした時、かぶれや発疹(薬物アレルギー)が出たことがある(何の薬ですか? _____)
- 4. ヨード・アルコール・ラテックスアレルギーがある
- 5. 時々、脈拍がくるう事がある
- 6. 立ちくらみを起こしやすい
- 7. 出血が止まりにくい
- 8. 人工透析を受けている(いつ _____)
- 9. 輸血をしたことがある(いつ _____)
- 10. 青あざ(皮下出血)を作りやすい
- 11. 現在、妊娠中である(_____週目)
- 12. 現在、授乳中である(_____ヶ月目)
- 13. たばこを吸う(1日 _____本位)

8. 麻酔を使って手術や抜歯(乳歯を含む)をした事がありますか？

- 1. はい
- 2. いいえ
- *その時、気分が悪くなったり異常反応はありましたか？
- 1. はい(どのような症状ですか? _____)
- 2. いいえ

9. 歯の磨き方を習ったことはありますか？

- 1. はい(いつ頃ですか? _____)
- 2. いいえ
- *上手に歯磨きする事で歯周病を予防できる事をご存知ですか？
- 1. はい
- 2. いいえ
- *虫歯、歯周病について、またご自分のお口の状態で考えていることをお聞かせください。

どのような治療をお望みですか？

- 1. この機会に悪いところはすべて治したい
- 2. 今、気になるところだけ治したい
- 3. その他ご要望があればお書きください (_____)

治療費については？

- 1. より良い物であれば、保険の範囲外でも構わないので相談したい
- 2. 保険の範囲内で治したい

通いやすい曜日、時間帯はありますか？

(月・火・水・木・金・土・日 午前・午後・18時以降)

当歯科医院をどのようにして、ご存知になりましたか？参考までにお聞かせください。

- 1. 友人、知人から(_____様)
- 2. 家族から(_____様)
- 3. インターネット、ホームページから
- 4. 看板、建物から
- 5. 他歯科医院から(_____)
- 6. その他(_____)

住所	〒 _____	
フリガナ	_____	血液型
氏名	_____	
電話	_____	
携帯電話	_____	
職業	_____	

診療、その他に対するご希望は、医師、スタッフへお気軽にご相談ください。

新城オレンジ歯科 ホームページアドレス : <http://shinjyo.orange-dental.net/>