



●歯を抜いたことがありますか？

いいえ はい → ( ) 年前 ( ) ヶ月前

●その時何か異常はありましたか？ (歯を抜いたことがある方へ)

いいえ

はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た  
その他 ( )

●歯の治療で麻酔をしたことがありますか？

いいえ はい

●その時何か異常はありましたか？ (麻酔をしたことがある方へ)

いいえ はい (症状 )

●歯ぎしり、くいしばりはされますか？

いいえ はい わからない

●薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？

いいえ

はい → 胃痛 発疹 かゆみ その他 ( )

●現在及び過去にかかった病気はありますか？

いいえ 心臓 肝炎 (A・B・C) 腎臓  
貧血症 高血圧 低血圧 糖尿  
骨粗しょう症 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍  
喘息 脳卒中 認知症 H I V  
その他 ( )

●現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (病名： 薬品名： )

●現在おタバコは吸われますか？ (※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい 1日 ( ) 本 現在の喫煙歴 ( ) 年

●過去におタバコを吸われたことはありますか？ (※加熱式タバコ・電子タバコ等新型タバコ含む)

いいえ はい ( ) 年前に約 ( ) 本/1日 ( ) 過去の喫煙歴 ( ) 年

●治療における痛さについて

特に弱い 弱い ふつう 強い

●お引越しのご予定はございますか。

いいえ はい ( ) 年 ( ) か月後に引越し予定) ⇒引越し予定先は？ [ ]

【女性の方へご質問いたします】

●現在、妊娠していますか？

いいえ はい ( ) ヶ月 わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

●現在、授乳中ですか？

いいえ はい

当院では原則として担当医制をとっております。ご希望の担当医があれば遠慮なくお気軽にお申し出下さい。可能な範囲で対応させていただきます。(混雑状況などにより一部ご希望に添えない場合も生じます。) ご理解の程、お願い申し上げます。