



院 ( )

◎過去の病気について（複数可）＊投薬の関係上 必要な事項になりますので、正確にお答えください。

・次の病気にかかったことがありますか？

1 ない  
2 ある

A 血液疾患（白血病・血友病など）	B 心臓病	C 高血圧	D 低血圧	
E 脳血管疾患	F 腎炎	G 肝炎（A B C）	H 関節炎	I リウマチ熱
J アデノイド	K 扁桃腺炎	L ちくのう症	M ぜんそく	N 結核
O アトピー	P 骨粗鬆症	Q H I V	R 糖尿病	S その他

( )

・入院をしたことはありますか？ ( あり ・ なし ) (病名： ) (いつ頃： )  
 ・輸血をしたことはありますか？ ( あり ・ なし ) (理由： )

◎歯科治療について

・最後に歯科治療を受けられたおおよその時期 ( 年 月 日 )

・歯を抜いた経験はありますか？ ( はい ・ いいえ )

そのときに異常はありましたか？ ( はい ・ いいえ ) 具体的に ( )

・あごがカクカクになったことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

・口が開けにくくなったことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

◎今までの歯科治療から不安に思っていること、また当院での治療についてご希望がありましたらご自由にお書きください。

ありがとうございました、受付にお持ちください。お呼びいたしますのでしばらくお待ちください。

なお、この資料の内容は「患者情報の守秘義務」に基づき管理させていただくことを確約いたします。  
 旧居留地歯科