

初めての患者様へ

カルテを作成します。必要事項のご記入をお願い致します。

医療法人愛進会

日時 201 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	(満	歳)
お名前			昭和・平成	年	月
ご住所	〒	※ご自宅電話番号		-	-
		※携帯電話番号		-	-
ご職業		Email	@		

現在の健康状態は？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	※女性の方・・・ <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 月） 妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> なし
---	--	---

タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていたが今は吸わない
--

今までにかかった、もしくは現在かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病(<input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他「 」) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他()

※以下の疾患に関しては、歯科治療においても全身状態のモニタリングが必要な場合がございます。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓のご病気 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管に関係するご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺のご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎のご病気(病名「 」) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病
--

次のようなことがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 顔が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名：) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> 薬アレルギー(薬品名：) <input type="checkbox"/> 食品アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()
--

現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿の薬 <input type="checkbox"/> その他() お薬手帳を持っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--

以前に歯を抜いたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい →その時異常はありましたか？ → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 抜いたことがない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()

血圧の状態は？ <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高： 最低：

<p>当院を知ったきっかけは なんですか？</p>	<p>□お知り合い・ご家族からのご紹介（ご紹介者のお名前： _____ 様） <input type="checkbox"/>建物(医院外観)を見て知った <input type="checkbox"/>Eパークサイトで知った <input type="checkbox"/>当院ホームページを見て知った <input type="checkbox"/>エキテン <input type="checkbox"/>フェースブック <input type="checkbox"/>インスタグラム <input type="checkbox"/>看板を見て <input type="checkbox"/>以前から知っていた <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>予約は何でされましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/>お電話で予約 <input type="checkbox"/>Eパークサイトから予約 <input type="checkbox"/>ホームページから予約 <input type="checkbox"/>受付で予約</p>
<p>どうなさいましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/>歯が痛い <input type="checkbox"/>しみる <input type="checkbox"/>ズキズキ痛い <input type="checkbox"/>かむと痛い <input type="checkbox"/>はれた <input type="checkbox"/>口臭がある <input type="checkbox"/>歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/>口の中にできものがある <input type="checkbox"/>入れ歯が合わない <input type="checkbox"/>入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/>顔が腫れている <input type="checkbox"/>歯石を取りたい <input type="checkbox"/>診察をして欲しい <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>前回検診治療をうけられた のは？</p>	<p><input type="checkbox"/>「当院」で _____（20 ____年 ____月頃） <input type="checkbox"/>「他医院 _____」で _____（20 ____年 ____月頃）</p>
<p>その時の感想はいかがでし たか？</p>	<p><input type="checkbox"/>痛かった <input type="checkbox"/>痛くなかった <input type="checkbox"/>怖かった <input type="checkbox"/>優しかった <input type="checkbox"/>通院が大変だった <input type="checkbox"/>便利だった <input type="checkbox"/>説明してくれなかった <input type="checkbox"/>説明があり良く理解できた <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>診察についてのご希望があ れば教えてください。また 理由があれば教えてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 20 ____年 ____月 ____日までに治療を終了したい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少なくして欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> こわがりなので、注意して欲しい（きっかけ： _____） <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治して欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 該当箇所だけでなく、お口の中全体を治して欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい または 今まで麻酔が効きにくいと言われた（いつ： _____） <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けて欲しい（理由： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）</p>
<p>予約についてのご希望があ れば教えて下さい。</p>	<p>・来院できる曜日は・・・ <input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土 <input type="checkbox"/>不定期で未定 ・来院できる時間帯は・・・ <input type="checkbox"/> ____時 ____分 ~ ____時 ____分頃 <input type="checkbox"/>いつでも</p>
<p>☆歯や歯ぐきについて</p> <p><input type="checkbox"/>歯の黄ばみが気になる・もっと歯を白くしたい <input type="checkbox"/>差し歯・詰めた歯・被せた歯の色が合っていない <input type="checkbox"/>茶渋やヤニが気になる <input type="checkbox"/>歯石がつきやすい <input type="checkbox"/>歯ぐきが下がってきたのが気になる <input type="checkbox"/>歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/>歯ぐきの黒ずみが気になる <input type="checkbox"/>知覚過敏がある（しみる歯がある）</p>	<p>☆口臭について</p> <p><input type="checkbox"/>口臭が気になる <input type="checkbox"/>舌の汚れが気になる <input type="checkbox"/>目が覚めた時に口がネバネバする</p> <p>☆ホワイトニングに興味がありますか？ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>話を聞きたい <input type="checkbox"/>ない</p> <p>☆歯並びが気になりますか？ <input type="checkbox"/>気になっている <input type="checkbox"/>気にならない</p>
<p style="text-align: center;">治療に関するご希望について</p> <p>(ア) 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順に並べてください。</p> <p>①装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが出来るだけ長くもつこと（耐久性） ②治療した箇所の虫歯・歯周病が再発する可能性を出来るだけ低くすること（再発リスク） ③自然に美しく見えること（審美性） ④天然の歯のように、出来るだけ違和感なく噛めること（機能性） ⑤金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること（安全性）</p> <p>最も重要な順から（ ____ ） → （ ____ ） → （ ____ ） → （ ____ ） → （ ____ ）</p> <p>(イ) 下記A～Cより該当するものをひとつお選びください。 →→→私は <input type="checkbox"/>A <input type="checkbox"/>B <input type="checkbox"/>C です。</p> <p>A.とにかく治療にかかる費用が少ない事が最も重要である B.費用は少ない方が良いが、治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい C.費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療を提案して欲しい</p>	