

◆初診受付票 (U-18)

カルテNo.

受付日： 年 月 日

当院は、あなたの健康状態を知り安全な歯科治療に努めたいと考えております。正確にご記入お願い致します。

フリガナ	姓	名	性別	生年月日			
ご氏名			男・女	平・令	年	月	日生 歳
現住所	〒 —						
家族構成		主な保育者		身長・体重	cm/	kg	
連絡先	ご自宅：	携帯：	メールアドレス：				

※毎回発行される『診療明細書』が不要な方は省略させていただきます 必要・不必要

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい・いいえ

◆歯について

[1] 本日はいかがされましたか？

.....

.....

.....

[2] その他ご希望があれば教えてください

- | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 予防歯科を受けたい | <input type="checkbox"/> 検診希望 | <input type="checkbox"/> むし歯 | <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた |
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い ※痛みの程度に○→少し・強い・耐えられない程 | | | <input type="checkbox"/> 歯ぐきのトラブル |
| <input type="checkbox"/> 矯正相談 | <input type="checkbox"/> 顎のトラブル | <input type="checkbox"/> □の中にできもの | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 |
| <input type="checkbox"/> いびき | <input type="checkbox"/> 朝起きられない | <input type="checkbox"/> その他() | |

[3] 今回より前に歯科の診療を受けたのはいつですか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 行ったことがない | <input type="checkbox"/> 当院で()年前に受診した |
| <input type="checkbox"/> 他の医院で受診 (いつ頃：) | ⇒現在は、 <input type="checkbox"/> 完治した <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 途中で止めた |

◆歯以外の病気について

[4] 通院中・治療中の病気や、過去の病歴はありますか？

①現在治療中・過去の病気の病気

- なし あり(病名：)⇒現在は、 完治した 通院中 経過観察

②アレルギー

- なし あり()

[5] 過去の治療や、全身状態について教えて下さい

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| ① 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ② 歯科矯正治療の経験がありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ③ 血が止まりにくかったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ④ 手術を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(内容：) |

[6] 現在服用中の薬剤はありますか？

ない ある／(お薬手帳 お薬) を持ってきている

①服用中の薬剤がある場合は、お薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

()

②薬のアレルギーや、副作用が起きたことはありますか？ いいえ 可能性・疑いあり はい

「はい」の方はお薬の名前 ()

◆生活習慣について

[7] 生活習慣について教えてください。

① 歯磨きは

●時間帯 起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝時

●1回の清掃時間 () 分程度

●使うもの 歯ブラシ 歯間ブラシ フロス その他 ()

●仕上げ磨き している(主に行う人:) していない

② 家族の喫煙習慣 なし あり(喫煙者:)

③ 食事の形態 母乳・ミルク 夜間授乳/あり(回) ・なし

離乳食 普通食

④ 間食 しない 不規則 規則正しく摂る(内容:)

⑤ 気になる癖 なし あり ()

⑥ 習い事 なし あり(内容:)

◆治療のご希望について

[8] ご希望の治療を教えてください。

悪い所を全て知りたい

できる限り保険を使った治療を希望する

最善の治療方法の説明を受けた上で、先生と相談して決めたい

費用がかかっても、最良の方法で治療してほしい

悪いところはきちんと全部治療したい

痛いところだけ、希望するところだけ、治してほしい。他は診てほしくない。

[9] ご通院可能な曜日と時間帯を教えてください(あてはまるもの全てに時間の記入または○をお願いします)

月	火	水	(木)	金	土	シフト制	曜日問わず
: ~	: ~	: ~	: ~	: ~	: ~	不定期	いつでも/調整可能

◆ご来院のきっかけやご要望など

[10] ご来院の動機を教えてください ※複数回答可

家族・知り合いの紹介 紹介者() 様

他の医院からの紹介(紹介状を持っている 紹介元 ())

自宅・職場に近いから ホームページ等の広告を見て

その他 ()

[11] その他にご要望があれば教えてください

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。