



**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。

多摩境オレンジ歯科 ホームページアドレス : <http://tamasakai.orange-dental.net/>