

(一般用)



カルテ No _____

初診日：令和____年____月____日

住所：〒 _____

_____ 県 _____ 市

来院方法：自動車・自転車・徒歩・タクシー・バス・その他（ _____ ） 自宅TEL： _____

携帯TEL： _____

ふりがな 氏名	年齢	性別	生年月日	体重(Kg)	身長(cm)	ご職業
	歳	男・女	昭和・平成・令和 . .			

【お口の中で気になっていることは何ですか？（主訴）】

- 痛みがある 歯茎から血が出る 噛めない 歯並びが気になる 歯が揺れている
 被せ、入れ歯が合わない 口元（見た目）が気になる 定期検診
 その他（ _____ ）

【全身のご病気についてお聞きます】

- これまでに経験した病気や入院を要する怪我などがあればご記入ください。
 - 糖尿病 虚血性心疾患 脳血管疾患 高血圧症 高脂血症 動脈硬化
 - 肝疾患 関節リウマチ 骨粗鬆症 その他（ _____ ）
- 現在、服薬中のお薬があればご記入ください（もしくはお薬手帳をご提示ください）。
（ _____ ）
- 傷が治りにくいことや血が止まりにくいことがありますか？
 ない ある
- これまでに麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
 ない ある（具体的に： _____ ）

【アレルギーがありますか？】

- いいえ
 はい：
 - 食品（いつ頃 _____ 症状 _____ ）
 - 薬品（いつ頃 _____ 症状 _____ ）
- 当院では以下のものを使用する可能性があります。アレルギーがあればチェックしてください。
 - ゴム製品（ラテックス） 各種消毒薬：アルコール・ヨードホルム（イソジンなど） 麻酔薬
 - 金属類（ _____ ）

【女性の方にお聞きます】

- 現在、妊娠している、または今後予定がありますか？
 している していない 予定あり
- 現在、授乳中ですか？
 はい いいえ
- これまでに出産の経験がありますか？
 なし あり（いつ頃： _____ ）

【現在、本人やご家族で感染症にかかっている、もしくは疑いがありますか？】

- はい（B型肝炎 / C型肝炎 / HIV / その他： _____ ）
 いいえ

【歯科治療歴についてお聞きします】

- これまでに歯科治療を受けたことがありますか？
 いいえ
 はい
→いつ、どのような治療を受けましたか？
 むし歯治療 歯周病治療 被せ、入れ歯の治療 定期検診 分からない
治療の時期（ _____ ）
- 歯を抜いた経験はありますか？
 ない ある
- お口の中の環境が悪化した（痛みや腫れが出た）時に、ストレスや疲労などはありましたか？
 ない ある 分からない

【口腔衛生習慣についてお聞きします】

- ブラッシングは1日何回しますか？ _____回
- ブラッシングはいつ行いますか？
 起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
- ブラッシングの方法・使用器具について教えてください。
 歯ブラシ デンタルフロス 歯間ブラシ その他（ _____ ）
- これまでにブラッシングの方法を習ったことがありますか？
 ある ない

【生活習慣についてお聞きします】

- 飲酒習慣はありますか？
 ない ある（何をどれくらい： _____ ）
- 喫煙習慣はありますか？
 ない ある（1日の本数： _____ ）
- 周囲に喫煙される方はいますか？
 いない いる
- 運動の習慣はありますか？
 ない ある（具体的に： _____ ）
- 普段、ストレスを感じることはありますか？
 ない ある（具体的に： _____ ）

【治療のご希望についてお聞きします】

- ご希望の曜日や時間帯がありますか？
月・火・水・金・土 午前・午後 いつでも（ _____ ）
- 治療内容について希望がありますか？
 気になっているところだけでよい すべて検査して、悪いところがあれば治したい
- 治療の頻度・期間について希望がありますか？
 できるだけ少ない回数で、早く終わらせたい 時間がかかってもよいので、しっかりと治療を受けたい
- 治療の金額についてご希望はありますか？
 保険治療のみ 説明を聞いて納得できれば保険外治療も可

【当院をどのようにお知りになりましたか？】

- 知人からの紹介（紹介者： _____ ） 近所・通りがかり 他院からの紹介 家族から紹介
- インターネット検索 広告

【気になることや相談したいことがあれば自由に記入してください】

[_____]