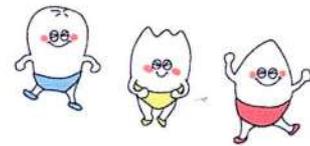


◎安静時の血圧をご記入下さい。

(上： mmHg・下： mmHg)



◎現在、薬を服用していますか？

いいえ・はい⇒(薬品名：)※次回、お薬の説明書をお持ち下さい。

◎薬の副作用・アレルギー等特別な体質はありますか？

ない・ある(どのようなものですか？)

◎今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

ない・ある(熱が出た・麻酔が効きにくかった・血が止まりにくかった・貧血を起こした)

◎歯医者での治療で苦手な事はありますか？

ない・ある⇒(どのようなことですか？)

◎最後に歯医者に行かれたのはいつ頃ですか？その際、治療は終わられていますか？

(年 ヶ月前)

治療は終わっている・治療途中・定期健診、メンテナンスで通っていた・その他()

◎タバコをお吸いになりますか？

吸わない・吸う(1日 本・ 年間)



◎女性の方にお伺いします。現在妊娠・授乳はされていますか？

いいえ・はい⇒(予定日 年 月 日)・わからない

授乳している・授乳していない

◎基本的には大人診療室(個室)で診させていただきますが、状況により子ども診療室で診させていただきますもよろしいでしょうか？ ※お子様の声等が聞こえる場所になります。

大人診療室(個室)希望・子どもの診療室でも可

◎未成年の方にお伺いします。歯科医師の判断の下、必要な場合は下記の内容を行ってもよろしいでしょうか。

同意された場合は、その都度保護者の方への確認を控えさせていただきます。

- ・レントゲン撮影 同意する 同意しない その都度確認してほしい
- ・麻酔 同意する 同意しない その都度確認してほしい
- ・フッ素塗布 同意する 同意しない その都度確認してほしい

※“その都度確認してほしい”を選択された場合、お子様がお一人で来院される際は、常にご連絡がとれるようにしておいて下さい。確認が出来ない場合は、予定通りの内容が行えないこともございますのでご了承下さい。

◎その他、ご希望やご質問等がございますか？

()

◎お子様の託児を希望されますか？

いいえはい⇒名前()・年齢(歳)・性別(男・女)

※託児を希望される場合は毎回ご予約が必要になりますので、受付までお申し出下さい。