

CLINICAL SHEET(継続用)

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前 _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 お子さんの人数 人
ご住所 〒 _____	生年月日 西暦 年 月 日 歳
E-mail _____	自宅 TEL _____
勤務先名 _____	携帯 TEL _____
職 種 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()	電話が繋がりやすい時間 <input type="checkbox"/> _____時～ _____時 <input type="checkbox"/> 何時でもよい
	緊急時に必ず連絡のつく連絡先
	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族()
	TEL()

本日の来院理由

- 歯が痛い、しみる 歯ぐき(痛い 腫れ 出血) 検診したい 歯石を取りたい 口臭がある
ヤニ かぶせ、詰め物がとれた 歯並び 歯の色が気になる 入れ歯(作りたい 合わない 壊れた)
その他 _____

※歯科治療を行うに当たって大切な質問です。

現在治療中、過去にかかった病気はありますか？

- ない
高血圧(/ mmHg) 糖尿病(血糖値：) (HbA1c %)
心臓病(心筋梗塞 弁膜症 狭心症 先天性疾患 その他) ペースメーカー 脳梗塞
脳出血 ぜんそく(気管支 アスピリン) 肝炎治療中・治癒(B型・C型) HIV てんかん
骨粗鬆症(服薬：名称 注射) (開始時期：)
高脂血症(高コレステロール) シェーグレン症候群 アレルギー(具体的に)
リウマチ その他()
かかりつけ医院() 診療科() 主治医()

現在飲まれているお薬はありますか？

- ない ある(名称：)

お薬のアレルギーはありますか？

- ない ある(名称：)

身長(cm) 体重(kg) BMI() 来院時血圧(/) 脈拍()

妊娠、あるいは妊娠している可能性がありますか？

授乳中ですか？

- 妊娠していない 妊娠している(かもしれない) _____ヶ月(出産予定 _____年 _____月) はい いいえ

喫煙中ですか？

- はい いいえ

ホワイトニング(歯を白くする)に興味がありますか？

- ある わからないので説明して欲しい ない