

① 今日の日 平成 年 月 日

② 通学・通園先の名称 学年

③ 緊急連絡先電話番号 続柄 【 】

1. 本日はどうなされましたか？

【 】

2. いままでの歯の治療や、麻酔について、あてはまる項目にチェックをつけて下さい。

- いままでの歯科治療で、とくに異常や問題はなかった。
- 麻酔が効きにくかったり、麻酔で気分が悪くなったことがある（いつ頃）
- 歯の治療や、歯を抜いたりした時に気分が悪くなったことがある（いつ頃）
- 歯を抜いた時などに、血が止まりにくかった事がある。（いつ頃）
- その他（具体的に：）

3. 病気についてお伺い致します。現在、何かの病気で治療、または薬を飲んでいますか？

※必ずご記入ください。また、通院している病院をご記入ください。

- 現在、病気等はない。
- 治療中である。病名【 】
服用している薬【 】
通院している 医院名【 】

4. 過去に、手術をしたことがありますか？そのとき、血液製剤、及び輸血をしましたか？

いいえ・はい【病名 年 月ごろ 血液製剤・輸血 有・無】

5. 以下の感染症等の病気をしたことがありますか。完治した方、感染してまだ発症していない方、感染の疑いのある方も含みます。歯科治療では出血を伴う処置や、血液や唾液を周囲に飛散させる機会が多いことから、院内感染を防ぐ（他の患者さんに感染させない）ため、念入りの防護処置や廃棄物処理法に基づく感染防止処理が必要です。該当する方は必ずご記入下さい。

いいえ・はい 肝炎（A型・B型・C型） HIV その他【具体的に：】

6. ご家族の方に感染症等の病気をした方はいますか。完治した方、感染してまだ発症していない方、感染の疑いのある方も含みます。歯科治療では出血を伴う処置や、血液や唾液を周囲に飛散させる機会が多いことから、院内感染を防ぐ（他の患者さんに感染させない）ため、念入りの防護処置や廃棄物処理法に基づく感染防止処理が必要です。該当する方は必ずご記入下さい。

いいえ・はい 肝炎（A型・B型・C型） HIV その他【具体的に：】

あなたとの関係【 】例：父・義母・夫・妻 など

7. 以下の項目で、あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・ 薬や食べ物、その他でアレルギーがある。 いいえ・はい【具体的に】
- ・ 薬を飲んで具合が悪くなったことがある。 いいえ・はい【いつ頃】

間食をよくしますか？また特に何を食べていますか？ いいえ・はい（ ）

甘いものが好きですか？特に何を食べていますか？ いいえ・はい（ ）

一日何回歯を磨きますか？ 1回 2回 3回 3回以上

仕上げ磨きはしていますか？ いいえ・はい（仕上げ磨きをする人はどなたですか？）

8. 家族について

続柄	歯の状態	続柄	歯の状態	続柄	歯の状態
(例) 父	良好・普通・悪い		良好・普通・悪い		良好・普通・悪い
	良好・普通・悪い		良好・普通・悪い		良好・普通・悪い
	良好・普通・悪い		良好・普通・悪い		良好・普通・悪い