

① 今日の日にち 平成 年 月 日

② ご職業 勤務先

TEL

③ ご紹介の方がいらっしゃれば、その方のお名前 (様)

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。治療中の場合、あてはまるものを○で囲んで下さい。

糖尿病 心臓病 高血圧症 腎臓病 肝臓病 リウマチ
 ぜんそく アレルギー疾患【具体的に
 急性肝炎 骨粗しょう症 その他【
 骨粗しょう症 (注射治療も含む)】※必ずお書きください

* 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: 】
- ・ たばこを吸っている。 いいえ ・ はい【1日 本 か 1日 箱】
- ・ 心臓にペースメーカーを使用している。 いいえ ・ はい

8. 女性の方

- ・ 現在妊娠している。または、その可能性がある。 はい (妊娠 週目) ・ いいえ