

記入日 西暦 年 月 日

※大切なカルテの一部ですので丁寧に記入ください。

ふりがな				男性 女性 その他	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)
お名前					自宅電話				
					携帯電話				
					Email	@			
ご住所	〒								
勤務先(学校)				職業			勤務先電話		
医院から連絡してもよい連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> 午前/午後 時頃									

来院経緯	当クリニックを知ったきっかけを教えてください。								
	<input type="checkbox"/> 医院を直接見て	<input type="checkbox"/> ホームページ見て	<input type="checkbox"/> Google Mapを見て						
	<input type="checkbox"/> 知人・家族のご紹介	<input type="checkbox"/> クリニックのSNSを見て	<input type="checkbox"/> 自宅・勤務先に近いから						
	→(様)								

主訴	当クリニックへの要望を教えてください。								

全身所見	かかったことがある病気・現在、治療中の項目について教えてください。								
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (血糖値)	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾患	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患						
	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 脳血管障害						
	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> てんかん						
	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> バセドウ病	<input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全						
	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ						
	<input type="checkbox"/> HIV感染症	<input type="checkbox"/> 血液凝固薬投与中	<input type="checkbox"/> 骨吸収抑制薬投与中						
	かかりつけの病院名 ()								
	※上記の疾患に関しては歯科診療上、かかりつけ医と情報共有させていただきます。								

既往歴	麻酔をして何か異常があったことがありますか？				現在、服用中のお薬はありますか？				
	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ある (薬名)				
	アレルギーはありますか？				<input type="checkbox"/> ない				
	<input type="checkbox"/> ある →具体的に教えてください？								
	<input type="checkbox"/> ない								

現在、妊娠はされていますか？									
<input type="checkbox"/> 妊娠中 (月)			<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある			<input type="checkbox"/> ない			