

今までにかかった病気は

- 特になし
- 糖尿病
- 心臓病
- 脳出血
- 高血圧（動脈硬化）
- 肝炎
（B型・C型・アルコール性）

- 脂肪肝
- 悪性腫瘍（がん）
- 腎臓病
- 蓄膿（ちくのう）症
- アレルギー疾患
- その他（ ）

タバコは吸いますか

- 吸っている（ 本/
日 ）
- 過去に吸っていた
（禁煙歴 年）
- 吸ったことがない
- 同居する家族が吸う

1. 来院の理由

2. 現在の身体の具合（良好・疲労や睡眠不足・不調 熱や血圧、胃腸の具合など）

3. かかりつけの医院について（名称・診療科・病名・飲んでいる薬など）

4. 薬の副作用やアレルギーの経験（あるなら、どんな薬で、どんな症状かなど）

5. 歯科治療に対し、恐怖心は強いですか？特に何が怖い、嫌いですか？

6. 治療に対するお考えを教えてください（自費・保険 全部・痛いところなど）

7. 口元やかみ合わせ、むし歯や歯周病の予防など、何か聞きたいこと、心配なことはありますか？