



## ◎歯を抜いたことがありますか。

- ある  ない

「ある」とお答えの方、その時異常はありませんでしたか。

- あった（ 血が止まらなかった ・ 熱が出た ・ 貧血を起こした ・ 痛みが長く続いた ）  
 なかった

## ◎何かご病気をされたことはありますか。

- ある  ない

「ある」とお答えの方、どのようなご病気でしょうか。

- 心臓病  高血圧  肝臓病  腎臓病  糖尿病  ぜん息  
 その他（ ）  
 HIV  肝炎

## ◎何か現在飲まれているお薬はありませんか。

（ ）

## ◎特異体質やアレルギー（飲み薬・食べ物等）はありますか。

- ある（ ）  
 ない

## ◎その他、特別なことはありますか。

- ない  妊娠（ ）ヶ月  その他（ ）

## ◎本日はどれくらい時間がとれますか。

- ①特に時間制限はない  
 ②（ ）時（ ）分までには終わってほしい

## ◎通院が必要となった場合どのくらいの頻度で通院できますか。

- ①今日しか来られない  
 ②1ヶ月に1回ぐらい  
 ③1～2週間に1回ぐらい  
 ④1週間に1回以上  
 ⑤その時の状況によって  
 ⑥（ ）月（ ）日までしか来られない

## ◎治療するにあたって何を一番重要視されますか。

- ①治療期間が一番重要（希望（ ）ヶ月以内）  
 ②どれだけ矯正装置が目立たないかが一番重要  
 ③親しらず以外の歯は決して抜きたくない  
 ④見た目さえ治れば、咬み合わせにはこだわらない  
 ⑤とりあえず大がかりでなく、今の状態でできる範囲のところをなおしたい

このたびは三宮クローバー歯科クリニックにお越し頂き誠にありがとうございます。

皆様的人生にプラスになる治療が私共の目標です。

皆様のご要望を遠慮なくお聞かせ下さい。

ご記入いただいた内容は個人情報保護法により、秘密厳守いたします。

医療法人 真摯会

三宮クローバー歯科クリニック