

# 病歴表

填表日期: 年 月 日

姓名	(男/女)	出生年月日(西历) 年 月 日( 岁)
地址	〒( )	
邮箱地址	请勾选联络方式(白天)	
公司名称·职业	<input type="checkbox"/> 住家 TEL..... <input type="checkbox"/> 手机 TEL..... <input type="checkbox"/> 公司 TEL.....	

◆如有希望的来院就诊时间段或期间,请告知我们 ( )

※本院会对患者进行整体的状况评估,力求为患者提供最合适的治疗方案。为避免诊疗过程中与患者的期望产生偏差,请尽量准确地填写相关信息,感谢您的配合。关于治疗的任何问题,欢迎随时向主治医师或工作人员咨询。

## 1. 目前是否有以下症状或困扰?

- 牙痛                      咬合时感到牙痛                      莫名感到牙痛                      智齿痛
- 对冷热食物敏感        牙齿部分结构缺损(前牙·后牙)    填充物或牙冠脱落(前牙·后牙·牙桥)
- 假牙(损坏·不合) 想补足缺牙部分                      对植牙有兴趣
- 牙龈痛                      牙龈肿胀                      牙齿松动                      对牙齿的预防保健有兴趣
- 想进行牙齿清洁        想去除牙齿上的色斑        想让牙齿变白                      对牙齿美白有兴趣
- 想让(填充物·牙冠)更洁白                      想改善牙齿排列不整问题        对牙齿矫正有兴趣
- 其他(\_\_\_\_\_)

## 2. 是否曾经至其他牙科就诊过?

无 上一次的牙科就诊 约\_\_\_\_\_年前 于\_\_\_\_\_就诊

## 3. 曾经于牙科就诊时,是否有出现过不适或是其他问题?

无 有 (麻醉时/拔牙时/其他\_\_\_\_\_)

## 4. 是否曾患有重大疾病,或是现在正在治疗中的疾病?

- 无 心脏相关疾病 肝炎(A型·B型·C型) 肾脏相关疾病 鼻腔相关疾病
- 糖尿病 血液相关疾病 甲状腺问题 气喘 高血压·低血压 骨质疏松症 脑血管疾病
- 其他

## 5. 目前有在其他地方就诊吗?

无 有 (病名\_\_\_\_\_目前就诊的医院或诊所名称\_\_\_\_\_主治医师名称\_\_\_\_\_)

请继续填写背面资讯

## 6. 目前有在服用任何药物吗?(如患有骨质疏松症,请详填服用的药物内容)

无 有 药物名称 病名

7. 是否曾对某种药物、食物或其他物质过敏或异常反应？

无 有

8. 是否有磨牙的习惯？

无 有

9. 是否有抽菸的习惯？

无 有 大约一天\_\_\_\_\_根 从\_\_\_\_\_年前开始抽菸

10. 一天大约刷几次牙？

早 中午 晚上

是否曾经接受过刷牙卫教指导？

有 无

11. 女性患者请确认以下事项

目前没有怀孕 怀孕中（约第\_\_\_\_周） 有怀孕的可能 哺乳中

12. 从哪里获得本院资讯的呢？

亲友介绍（介绍者：\_\_\_\_） 官方网站 刚好路过

点评网站 来院参观时领取的传单 e-park 日本情报网エキテン 其他

13. 是否有希望的治疗项目和内容

无论是使用保险还是自费，希望能够以最舒适和最有效率的治疗优先

想先了解自费项目和详细内容

想优先选择保险给付范围内的治疗项目

想先进行谘询再决定

目前还不清楚

感谢您的填写

保护患者的个人资料  
本院将个人资料只使用于院内建档  
以及安排更精确的治疗计画上  
医疗法人 叔美会  
TOTAL TOOTH TREATMENT  
理事长 井上 慎太郎