

過去にかかった病気や受けた手術の質問です

- 大きな病気にかかったことはありますか？
はい・いいえ
- 食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？
はい・いいえ
- 入院したことはありますか？
はい・いいえ
- 大きな手術を受けたことがありますか？
はい・いいえ

過去にうけた歯科治療の質問です

- 歯科の治療を受けて気分が悪くなったことはありますか？
はい・いいえ
- 今まで歯科の治療で麻酔注射を受けたことがありますか？
はい・いいえ
- 歯を抜かれたことはありますか？
はい・いいえ

ご家族の病気やアレルギーの質問です

- ご家族にアレルギーがある方はいますか？
はい・いいえ
- ご家族に現在病気をしている方はいますか？
はい・いいえ

歯科治療に求めている項目の優先順位

- A:美しさ きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯
- B:安全性 金属アレルギーや歯ぐきの変化・院内感染対策
- C:丈夫さ 修復した歯が長くもつ。 壊れない。 外れない
- D:予防 虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ
- E:時間 とにかく早く終わりたい
- F:費用

順位

- 1位→
- 2位→
- 3位→
- 4位→
- 5位→
- 6位→

血液に関する質問です

- 輸血を受けたことがありますか？
はい・いいえ
- 肝炎、またはB型肝炎、C型肝炎ウイルスがあるといわれたことがありますか？
はい・いいえ
- 傷ができたとき、血が止まりにくいですか？
はい・いいえ

現在の健康状態の質問です

- 現在、何か病気にかかっていますか？
または治療中の病気や症状はありますか？
- 心臓病 高血圧 てんかん 糖尿病
脳卒中 不整脈 気管支炎 喘息
副腎皮質機能障害 甲状腺機能障害
自律神経失調症
- 現在通院中の病院はありますか？
病院名
担当医師名
- 現在、飲んでいる薬はありますか？
はい・いいえ
- 定期検診で異常があるといわれましたか？
はい・いいえ
- 現在、妊娠していますか？
はい・いいえ