



Nihon Clinic  
日本クリニック

どこでお知りになりましたか？  
 Magazine/Newspaper 雑誌・新聞  
 Friend 友人・知人  
 Other その他 \_\_\_\_\_

Welcome to our office.....

(ローマ字でご記入下さい。)

姓名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 (患者が未成年の場合) \_\_\_\_\_

住所 Street \_\_\_\_\_ Apt/Room \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

会社 又は、学校名 \_\_\_\_\_

住所 Street \_\_\_\_\_ Suite \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

ソーシャル セキュリティー番号 \_\_\_\_\_

をつけて下さい..... 独身 既婚

(既婚の方のみ) 配偶者の名前 \_\_\_\_\_

<保険について>

保険会社名 \_\_\_\_\_

住所 Street \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

グループ/ ポリシー番号 \_\_\_\_\_

被保険者名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_

(ここからは、患者と違う場合のみご記入下さい。)

被保険者のソーシャル セキュリティー番号 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

## < 健康状態について >

次の質問にできるだけ正確に、又詳しくお答え下さい。

1. 現在、医師の診断を受けていますか？ はい  いいえ   
 ・ その場合、何の病気の為ですか？  
 ・ 家庭医の名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 住所 Street \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_
2. 過去に重大な病気、または手術をした事がありますか？ はい  いいえ   
 ・ 病名 \_\_\_\_\_ ・ いつ \_\_\_\_\_  
 ・ それは、麻酔を使った手術でしたか？ はい  いいえ
3. 内腫、腫瘍または、口腔内の手術、放射線治療を受けたことがありますか？ はい  いいえ
4. 異常な出血を伴ったり、出血が止まりにくかった経験がありますか？ はい  いいえ   
 ・ 原因と状況 \_\_\_\_\_
5. 過去に輸血を受けたことがありますか？ はい  いいえ   
 ・ いつ \_\_\_\_\_ ・ 理由 \_\_\_\_\_
6. 現在または過去に以下の病気にかかったことがあれば○を付けて下さい。 また発病はいつですか？  

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リューマチ熱</li> <li>・ 貧血</li> <li>・ 川崎病</li> <li>・ 肝炎 ( _____ 型)</li> <li>・ 結核</li> <li>・ 関節炎</li> <li>・ 性病</li> <li>・ HIV Positive</li> <li>・ AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リューマチ性心臓病</li> <li>・ 心臓疾患</li> <li>・ ぜんそく</li> <li>・ 黄疸</li> <li>・ _____</li> <li>・ 花粉症</li> <li>・ 高血圧</li> <li>・ 心臓の雑音</li> <li>・ 失神またはてんかん</li> </ul>
---	--

  - ・ 糖尿病
  - ・ 腎臓疾患
  - ・ 鼻炎
7. 現在服用している薬品があればお書きください。 ( \_\_\_\_\_ )
8. 以下の薬品にアレルギー反応 (呼吸困難や発疹など) があれば○をして下さい。  

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 局部麻酔</li> <li>・ コデイン</li> <li>・ ペニシリンまたはその他の抗生物質 ( _____ )</li> <li>・ その他 ( _____ )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サルファ剤</li> <li>・ アスピリン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヨード</li> <li>・ 鎮静剤または睡眠薬</li> </ul>
---	--	--
9. 過去に歯科治療に際して重大なトラブルがあれば説明してください。 ( \_\_\_\_\_ )
10. 上記以外の病気や健康状態について医師が知っておく必要があると思われることがあればお書きください。 ( \_\_\_\_\_ )
11. 最近に行った歯科検診の日付け \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_  
 その際、レントゲンを撮りましたか？ はい  いいえ

12. 喫煙をしますか？

・はいの場合、1日\_\_\_\_\_本くらい

はい

いいえ

◎ 女性のみ

1. 現在妊娠中ですか？

・その場合、出産予定日はいつですか？ ( 年 月 日)

はい

いいえ

### <治療前に必ずお読み下さい>

1. 歯が痛み出した時には既に虫歯はかなり進行しています。自覚症状がない虫歯でも検診による早期発見、早期治療が可能です。
2. 歯根近くまでう蝕が進んでいる場合でも、歯の強度や耐久性を保つために出来るだけ神経を残して治療します。治療後は神経が過敏な為、冷たいものにしみたり、痛みを感じることがありますが、これは極めて通常な反応で、虫歯の為ではありません。従って、治療前に痛みのなかった場合でもその症状は起こり得ます。強い痛みが予想される場合は鎮静剤を処方しますが、それ以外は市販の痛み止めをご使用下さい。
3. 予約変更は24時間前をお願い致します。急な予約変更を繰り返される方にはキャンセル料を頂く場合がございますので、予めご了承下さいませ。
4. 当歯院では、“正確な診断、精密な治療”をモットーとし常に細心の注意を払って診療にあたっておりますが、治療の程度や期間は個々の口腔内および全般的な健康状態の個人差によって異なります。

ご不明な点が御座いましたら医師またはスタッフまでお尋ね下さい。  
尚、治療費の払い戻しは致しかねますので予めご了承下さいませ。

Notice of Private Practice is posted and available at the front desk upon request.

患者署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_