今までにかかった病気 （いつ頃からかも分かれば ご記入ください）	□ なし □ あり　a. 糖尿病　Ⅰ型・Ⅱ型（HbA1c　　%） b. 高血圧（　　mmHg/　　mmHg） c. 肝臓病（アルコール性・B型・C型） d. 心臓病 e. 喘息 f. 骨粗しょう症 g. 慢性鼻炎 h. その他（　　）
現在飲んでいる薬	□ なし □ あり　・お薬手帳（又はアプリ）をお持ちの場合はご提示ください ・お持ちでない場合はご記入ください 薬名（　　）
アレルギー	□ なし □ あり　a. 薬 b. その他（　　）
喫煙習慣	□ なし □ あり（　　本/日） □ 以前吸っていた（　　年前まで　　本/日）
歯を抜いた経験	□ なし □ あり　a. 問題なかった b. 気分が悪くなった c. 血が止まりにくかった d. その他（　　）
麻酔の経験	□ なし □ あり　a. 問題なかった b. 気分が悪くなった c. その他（　　）
※女性の方　妊娠中	□ はい（　　ヶ月） □ いいえ
歯の定期的なクリーニング・ メンテナンスの経験	□ なし　a. 今後していきたい b. わからない □ あり（　　ヶ月毎にしていた）
歯列矯正治療の経験	□ なし □ あり（　　歳～　　歳頃まで）

医療法人社団　誠涼会

レミントン歯科
S.P.DENTAL