



歯科・顎・口腔外科 初診時間診票

記入日： 年 月 日

ID:

氏名:

当てはまるものを○で囲み、必要事項を記入して下さい

1. 紹介状はありますか？

なし あり（医院・病院名：_____）

2. 抜歯の経験はありますか？

なし あり（_____）

3. 歯科治療で麻酔の経験はありますか？

なし あり

4. 歯科治療や抜歯に恐怖心は強いですか？

なし あり

5. 恐怖心が強い患者様には、鎮静薬を静脈内に点滴する静脈内鎮静法または、
全身麻酔下での歯科治療や抜歯を提案することも可能です。

ご希望はありますか？

なし あり

6. 麻酔の注射で具合が悪くなったことはありますか？

なし あり（_____）