←DATE OF BIRTH ←SEX ←LAST NAME ←FIRST NAME

←DATE

氏 名 LAST NAME FIRST NAME | 生年月日 DATE OF BIRTH 明 昭 大 平 ・ ・

現住所 MAILING ADDRESS

自宅電話 RES TEL

職 業OCCUPATION | 勤務先電話 OFFICE TEL

紹介者 RECOMMENDED BY

主治医 NAME OF PHYSICIAN | 主治医電話 PHYSICIAN TEL

お口の中で特にお困りの点がございますか？ ANY SPECIFIC PROBLEM？
もしあれば詳しくお書き下さい IF YES WHAT IS IT?

そのために眠れませんでしたか？

ごく最近歯科にかかったのはいつ頃ですか？ その理由は？ LAST DENTAL VISIT & REASON？

病気はありませんか？ ANY ILLNESS?

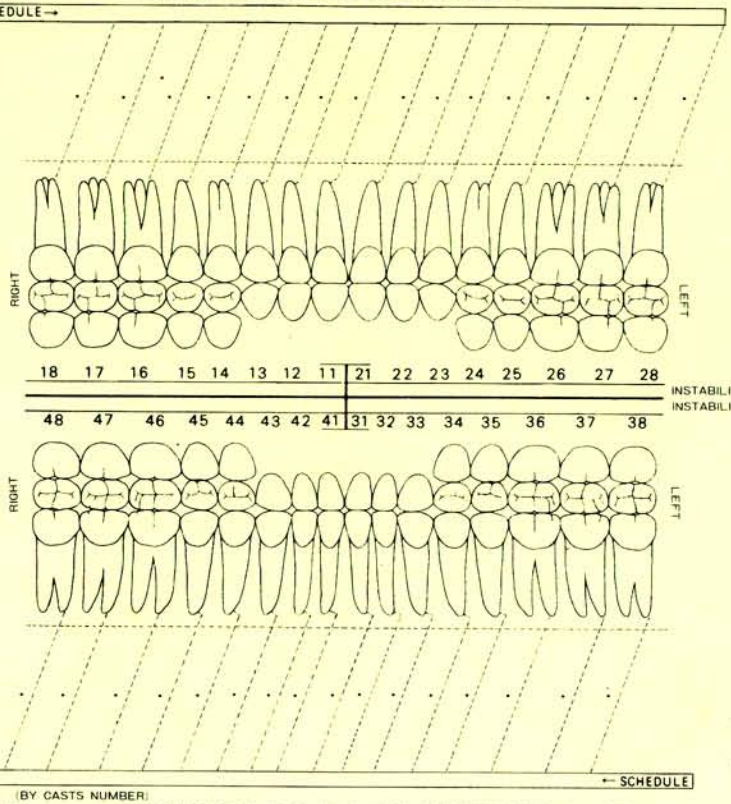
出血しやすいですか？ はい いいえ BLEED EASILY? YES NO (CIRCLE)
現在服用中の薬は？ 特に過敏な薬は？ TAKING ANY MEDICINES? DRUGS? WHAT DRUGS?

麻酔注射に特別の反応はありませんか？ REACTION TO LOCAL ANESTHETICS?

患者記入欄 WRITTEN BY PATIENT

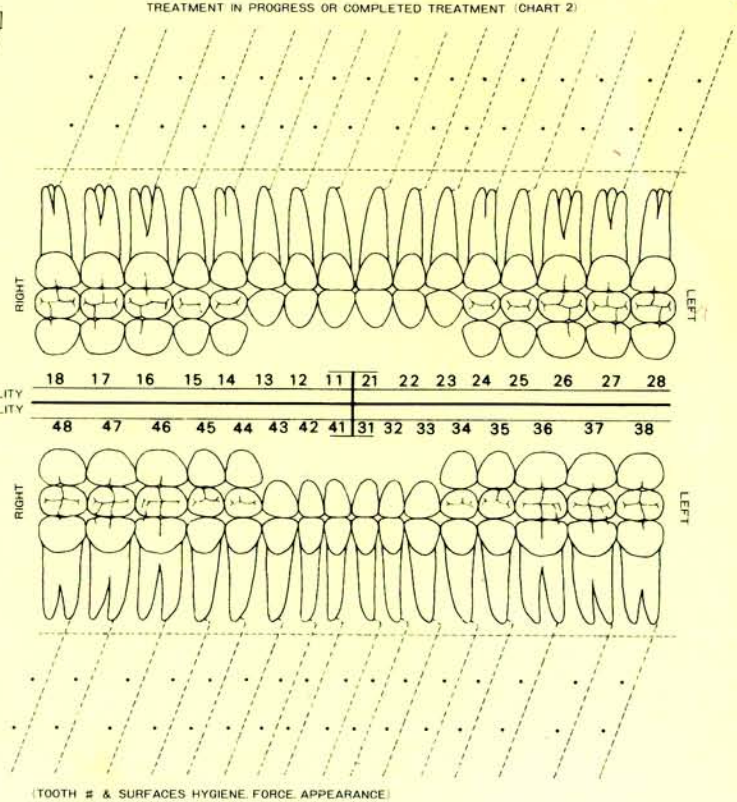
INDICATIONS FOR TREATMENT OR OBSERVATION (CHART 1)

SCHEDULE→



←SCHEDULE

TREATMENT IN PROGRESS OR COMPLETED TREATMENT (CHART 2)



(CIRCLE) (BY TOOTH NUMBER) (BY CASTS NUMBER) (TOOTH # & SURFACES HYGIENE. FORCE. APPEARANCE)

X-RAYS BW:FM:CE PERIAPICAL _____ STUDY CASTS YES:NO # _____ TR OBJ 1:2:3:4 P & CALCULUS L:M:H MANDIBULAR SHIFT L:R:P RECONTOUR _____

ORTHO OBS:YES PERIO SURGERY OBS:YES CARIES PREV _____ NOTES _____

DATE	TOOTH NO.	TREATMENT	DATE	TOOTH NO.	TREATMENT	DATE	TOOTH NO.	TREATMENT	DATE	TOOTH NO.	TREATMENT	DATE	TOOTH NO.	TREATMENT
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		
. .			. .			. .			. .			. .		