

診療を受けられる方へ

ふりがな ・氏名	男 ・女	・生年月日	明 昭 大 平	年	月	日
・住所			☎	年	月	日
・勤務先			☎			
・携帯番号	・メールアドレス		@			
・当院を何でお知りになりましたか。 ・知人、家族からの紹介・その他 () 様)						
・看板・電話帳・インターネット・雑誌(たんどん/その他雑誌名:) ・その他 ()						

当院では、あなたの健康保持のお役にたちため、次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。
《お答えは○でかこんで下さい》

1. 来院の理由

- ①歯が痛い ②むし歯がある ③つめ物、かぶせ物が取れた ④歯石 ⑤歯がぐらぐらする ⑥歯がぬけた
⑦歯ぐきかはれた、血がでる ⑧義歯の調子が悪い ⑨義歯をつくりたい ⑩自費の入歯を希望(ミラクルデンチャー)
⑪歯を白くしたい(ホワイトニング) ⑫歯列矯正(歯ならび、歯石) ⑬歯の相談 検診 ⑭インプラント
⑮口臭 ⑯かみあわせの問題 ⑰その他 ()

2. 当院ははじめてですか

- ① はじめて ② 前に来たことがある (年 月ごろ)

3. 現在、医師(内科など)に通院中ですか

- ① いいえ ② はい(理由)のため)
かかりつけの医院 TEL

4. 今までに次の病気をしたことがありますか

- ①心臓病 ②高血圧 ③糖尿病 ④肝臓病・肝炎 ⑤腎臓病 ⑥血液疾患(白血病、血友病など)
⑦低血圧 ⑧胃腸障害 ⑨アデノイド ⑩その他 ()

5. 喫煙の習慣はありますか

- ① ある 1日 ()本位 ② ない

6. 薬に対してアレルギーはありますか

- ① いいえ ② はい(ペニシリン、セフェム、ピリン系、麻酔薬、その他())

7. 今までに歯を抜いたことがありますか

- ① いいえ ② はい、その時 イ、異常なし 口、気分が悪くなった ハ、血が止まりにくかった ニ、その他

8. 現在妊娠中ですか(女性の方のみ)

- ① いいえ ② はい(月 予定 月 日)

9. 治療に対する希望

- (1) 治療範囲
① 今痛い所だけでよい ② 悪い歯全て治療したい ③ 2相談の上治療したい
(2) 治療の希望
① 保険の範囲内に留める ② 保険を基準にして必要な場合は自費でよい ③ 相談したい
(3) 治療予約時間について
都合のよい時間は ・午前 時頃 ・午後 時頃 ・何時でもよい
(4) 治療期間は ① 短期間で終了したい (日頃まで) ② 特にない
(5) その他の治療に関するご希望
()

10. 緊急時のご連絡は

- ・メール ・電話 (自宅・職場・携帯)