

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男女 男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
			Email	@	
勤務先 (学校)	職業	勤務先電話			
こちらから連絡しても良い連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話
			午前/午後	時頃	

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください

当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て (看板など)
 知人・家族の紹介 (お名前)
 インターネット・ホームページ
 タウンページ タウンガイド
 その他 ()

どうなさいましたか? (複数回答可)

- 歯が痛い 歯茎が痛い 顎が痛い
 つめもの・差し歯がとれた 治療が必要だと思う歯がある
 歯がぐらぐらする・血が出る 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 歯並び・噛み合わせが気になる 口臭が気になる
 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
 その他 ()

いつからですか?

- 今日 () 日前から その他

今日の健康状態は?

- 普通・良好 不良

当院までの交通手段は?

- 車 徒歩 自転車 電車 バス

妊娠に関して (女性のみ)

- 妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性がある
 不妊治療中 授乳中

次の病気にかかったことはありますか?

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
 甲状腺疾患 肝炎ウイルス (B・C) 糖尿病
 高血圧 (/) リウマチ 蓄膿症
 貧血 骨粗鬆症 ぜんそく
 その他 (病名)
 ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか?

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
 熱が出た アレルギーが出た 麻酔が効きにくかった
 その他 (具体的に)
 ない

現在飲んでいるお薬がありますか?

- ある (お薬の名前)
 ない

アレルギーはありますか?

- ある (食べ物)
 (お薬)
 ない

治療費について

- すべて保険で なるべく保険で
 最も良い方法で (自費) 相談して決めたい

診察に関してご希望等がありましたら
遠慮なくお申し付けください