

◆より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください

記入日 年 月 日

ふりがな
・氏名 男・女 生年月日 年 月 日

〒 _____

・ご住所 _____

・携帯電話 (_____) ※ご予約日をメール (SMS) で

お伝えしますのでお間違えのないように
ご記入をお願い致します

・お子様はいらっしゃいますか? (_____ 人)

・お孫さんはいらっしゃいますか? (_____ 人)

・ご職業 _____

・当院を何でお知りになりましたか?

知人からの紹介 (_____ 様)

家族からの紹介 (_____ 様)

ホームページ (スマホ・パソコン) 看板 通りがかり その他 (_____)

《お答えは○で囲んでください》

1. 本日はどうなさいましたか?

- ①歯が痛い ②虫歯がある ③つめ物、かぶせ物が取れた ④歯石を取りたい
⑤歯がぐらぐらする ⑥歯がぬけた ⑦歯ぐきが腫れた、血がでる ⑧口臭 ⑨検診
⑩入れ歯の調子が悪い ⑪入れ歯をつくりたい ⑫歯を白くしたい (ホワイトニング)
⑬あごが痛い、ガクガクする ⑭かぶせ物を白くしたい ⑮その他 (_____)

2. 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 (_____ 番 _____)

3. 今までに次の病気をしたことがありますか?

- ①心疾患 (不整脈、心筋梗塞など) ②脳血管障害 (脳梗塞など) ③高血圧 ④糖尿病
⑤肝炎 (A、B、C、その他) ⑥腎臓病 ⑦血液疾患 (白血病、血友病) ⑧その他
(_____)

4. 服用中のお薬はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

- ①ない ②ある 薬品名 (_____) 病気名 (_____)

5. 薬に対するアレルギーはありますか?

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

6. 今までに歯を抜いたことはありますか?

- ①いいえ ②はい (イ. 異常なし □. 気分が悪くなった ハ. 血が止まりにくかった)

7. 女性の方へ、現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか?

- ①いいえ ②はい (イ. 妊娠 (_____) か月 □. 授乳中 ハ. 妊娠の可能性あり)

8. 治療に対する希望

(1) 治療範囲

- ①今痛いところだけでよい ②悪い歯を全て治療したい ③相談の上治療したい

(2) その他 治療に関するご希望はございますか?

(_____)