



| | | | | | |
|---------------------------|-------|------------|-------|----|--|
| ふりがな | | 生年月日 | | 年齢 | |
| 氏名 | 様 | 明 大 昭 平 | 年 月 日 | 才 | |
| 自宅住所 | 〒 - 市 | 電話番号 | - - | | |
| LINE予約をご利用される方は必ずご記入ください。 | | | | | |
| | | 携帯番号 | - - | | |

ご来院された理由(○印をおつけ下さい)

1. 歯の治療 2. 義歯(入れ歯) 3. 口腔清掃(歯石) 4. 歯列矯正治療 5. その他

どのように気になりますか? ・痛い ・しみる ・詰め物がとれた ・歯茎から血がでる ・歯がぐらつく
 ・口臭 ・着色 ・歯石 ・歯並び ・その他 ()

当院では、あなたの健康保持のお役に立ちたいために次の質問に出来るだけ正確にお答えください。

尚、この調査事項は医学上の事柄ですので秘密を守る事を申し添えます(お答えは、○で囲んでください)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 1 歯科の治療の経験はありますか? | ・ある | ・ない |
| 2 今までの歯科治療で..... | ・痛い目にあった | ・痛くなかった |
| 3 この前の歯の治療を受けたのはいつですか | ()ヶ月前 | ()年前 |
| 4 現在歯科以外に通院されてますか? | ・はい <input type="checkbox"/> | ・内科 ・外科 ・その他(科) |
| 5 次の病気をしたことがありますか? | ・はい <input type="checkbox"/> | ・血圧(/) ・心臓疾患 ・血液疾患 ・脳血管疾患 ・肝炎(A B C) ・肝臓 ・自律神経 ・胃腸 ・腎臓 ・骨粗鬆症 ・肺疾患 ・結核 ・糖尿病 ・甲状腺 |
| 6 女性の方へ 妊娠について | (*妊娠中) | ヶ月) |
| 7 現在服用の薬はありますか? 何の薬ですか? | ・はい <input type="checkbox"/> | () |
| 8 お薬手帳はお持ちですか? | ・持っている | ・持ってない |
| 9 薬などのアレルギーはありますか? | ・ある <input type="checkbox"/> | ()薬 ・鼻炎・花粉症・喘息・金属 ・アトピー・食べ物() |
| 10 喫煙習慣について | ・ある <input type="checkbox"/> | 1日()本 ()年間 ・ない ・やめた()年前 |
| 11 診療についてのご希望は? | ・悪いところ全部治したい ・今、痛んでるところだけ治したい | |
| 12 治療費について..... | ・だいじなところは保険をはずれてもかまわない ・最も良い材料と資材を用いてほしい ・保険の範囲内で直してほしい ・予め概算を聞いておきたい | |
| 13 治療時間について 平均何時頃が良いですか? | ・午前 時 頃 | ・午後 時 頃 |
| 14 その他ご希望などありましたら、ご記入ください () | | |



当院を何によってお選びになりましたか

・家が近かった ・家族が通院してる ・知人の紹介『 』様
 ・タウンページ(電話帳) ・インターネット(当院ホームページ・ドクターズファイル・他サイト)