



ふりがな

記入日 年 月 日

氏名 男・女 西暦 年 月 日生 才

住所 〒 - 連絡先 電話番号 - -

治療上必要な情報ですので、できるだけ正確にご記入ください

☼ 今日はどうされましたか？

[]

✦ 治療について該当するものを選んでください

- 他に悪いところがあれば治療したい 痛いところだけ治療したい 歯石を取りたい

☼ 歯の治療の経験は？ 無・有

☼ 口の中に麻酔の注射をされた事がありますか？ 無・有

☼ 今まで拔牙の経験はありますか？ 無・有

☼ 麻酔や拔牙で気分が悪くなったことはありますか？ 無・有

☼ 血が止まりにくかった事がありますか？ 無・有

☼ 薬や食べものにアレルギーはありますか？

無・有 (薬：)
(食べもの：)

☼ 今までにかかった病気、または、現在かかっている病気は？

- 脳卒中 高血圧 A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 肝硬変
 うつ病 心臓病 糖尿病 腎臓病 パーキンソン病 骨粗鬆症
 認知症 その他 ()

☼ 現在飲んでいる薬はありますか？

無・有 ()

↑お薬手帳がある場合は記入不要です。お薬手帳を受付に出してください

☼ かかりつけの病院はありますか？ いいえ・はい(病院名：)

✦ 希望する項目を選んでください

- かぶせるのは白い歯にしたい(自費診療)
 インプラントの説明を聞きたい
 保険外の治療の話も聞きたい(保険外の入歯、セラミック、ホワイトニング、矯正など)

* 女性の方におうかがいします

- ▶ 現在妊娠中ですか？ いいえ・はい
▶ 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

❖ 当院に来院されたきっかけはなんですか

- 以前から通っているから 家や職場が近いから 看板を見て インターネット
 家族・知人の紹介(紹介者名：) その他 ()

★ その他 ご希望 や伝えておきたいことがあればご記入ください

[]