



記入日 年 月 日

ふりがな

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
今回は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

今まで抜歯の経験はありますか？ 無・有

麻酔や抜歯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:)
(食べ物:)

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 ()

上記のほか

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

病院で定期的に注射薬の治療を受けていますか (骨粗鬆症の治療など)？ 無・有 ()

希望する項目を選んでください

- 保険の範囲内で治したい
う蝕の発生・進行予防にフッ素塗布を希望する
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 ()

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか？

はい ・ いいえ

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