



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

[]