



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？

Blank area for patient response to the first question.

治療について該当するものを選んでください

- Other checkboxes for treatment preferences: 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, 口の機能を維持・改善したい

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？

- Medical history checkboxes: 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

- Insurance and treatment preference checkboxes: 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

- Female patient questions: 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

- Reason for visit checkboxes: 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

Blank area for additional patient information.