

初めて診療を受けられる方へ

記載日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日				
名前			明・大・昭・平	年	月	日	歳
ご住所	〒			電話	-	-	
				携帯電話	-	-	
お勤め先又は連絡先				メールアドレス			

どのようにして来院されましたか？	<ul style="list-style-type: none"> 紹介されて：ご紹介者（ ） 評判を聞いて ・看板を見て ・iタウンページ 家族が来ていたから：お名前（ ） その他（ ）
通院に便利な曜日と時間帯	月 火 水 金 土 時頃
今一番お困りの点は何ですか？	<ul style="list-style-type: none"> 痛い ・腫れた ・虫歯 ・しみる ・見た目 ・入れ歯 かむと痛い ・物がつまる ・かみにくい ・はずれた 定期検診 ・歯石とり ・かけた ・色が気になる その他（ ）
硬い物を食べた時や歯を磨いている時、歯肉から血が出ますか？	<ul style="list-style-type: none"> 出ない ・出る ・時々
口の中が臭いと言われた事がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ある ・ない ・わからない
歯ぎしりや歯をくいしばる癖がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ある ・ない
この機会に	<ul style="list-style-type: none"> 困っている所だけ治療したい 説明を受けた上で必要な所は治療したい
治療は	<ul style="list-style-type: none"> 保険診療の範囲で受けたい ・保険外の方法も説明を聞いてみたい できるだけ最良の方法を選択したい
あなたの体にあわない薬はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない ・ある → ・ペニシリン ・麻酔薬 ・痛み止め ・アスピリン ・その他（ ）
あなたの健康状態は？	<ul style="list-style-type: none"> 極めて良好 ・良好 ・普通 ・不調
女性の方へ、現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> はい ・いいえ
過去にかかった、もしくは現在かかっている病気があればご記入ください。	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧 ・肝炎 A、B、C ・脳梗塞 ・心筋梗塞 ・不整脈 自律神経失調症 ・骨粗鬆症 ・糖尿病 ・うつ病 腎臓 ・透析 その他（ ）
現在、病気にかかったり、薬を飲まれたりしていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない ・ある → 病院名： 何のお薬ですか？：
次に希望されるもの、興味のあるものがありますか？	<ul style="list-style-type: none"> 歯石取り ・歯周病予防 ・歯磨き指導 ・カリエス予防 ・歯並び イビキ治療 ・口臭治療 ・審美的治療 ・フッ素塗布
治療に対する希望、ご質問、不安なことがございましたらご記入ください。	

どうもありがとうございました。

記入者署名：