

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			昭・平	年	月	日	歳
ご住所	〒			電話	-	-	
				携帯電話	-	-	
通園・通学校名				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 ・歯並びが気になる かむと痛い ・物がつまる ・歯石とり ・はずれた、かけた 色が気になる ・検診で虫歯を指摘された ・定期検診 その他（ ）
今まで歯科治療を受けたことがありますか？	<ul style="list-style-type: none"> ない ・ある → ・上手に治療を受けれた ・泣いてできなかった 抑えつけられて治療した その他（ ）
薬によるアレルギー・副作用の経験、特異体質、アレルギー体質などないですか？	<ul style="list-style-type: none"> ない ・ある → 詳しくお願いします ()
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。	
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？：
該当するものは？	<ul style="list-style-type: none"> 歯ぎしり ・指しゃぶり ・イビキ ・つめかみ 甘い物をよく食べる ・かみ合わせが悪い ・食事に時間がかかる 口が開いている ・歯みがきをしない
次に希望されるもの、興味があるものがありますか？	<ul style="list-style-type: none"> 歯みがき指導 ・フッ素塗布 ・歯並び相談 ・口呼吸 イビキ治療
治療に対して、ご希望をお聞かせください。	<ul style="list-style-type: none"> 時間がかかってもよいので、優しくしてほしい 抑えつけてもよいので、早く終わらせてほしい その他（ ）
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：