

(ふりがな) お名前	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	生年月日 西暦 年 月 日 歳
現住所 (〒 -)	電話番号	自宅 携帯
紹介者	勤務先	勤務先 TEL

当医院では、患者様を十分理解し、尊重した診療を目指しております。
患者様のことを知るための大切な資料ですので、ご記入・ご協力をお願いいたします。

●今日はどうされましたか？

- 痛みがある (日前から) → (冷たいものがしみる・熱いものがしみる・かむと痛い・何もしていなくても痛い)
- 痛くないが、治しておきたい つめもの、かぶせが取れた あごが痛い 音がする 歯石除去
- 歯ぐきが気になる → (痛い・腫れている・出血する・うみがでる)
- 入れ歯について困っている → (痛い・こわれているので修理したい・新しく作りたい)
- ホワイトニング 口臭が気になる 検診希望 歯並び その他 ()

●当医院は何でお知りになりましたか？

- 知人・家族の紹介 通りがかり 広告 インターネット その他 ()

●今までにかかったことのある疾患にチェックしてください

- 高血圧 (/) 心疾患 腎臓 輸血 糖尿病 (HbA1c)
- 肝臓 (肝炎 A B C) 脳血管疾患 その他 ()

●アレルギーはありますか？

- いいえ はい → ぜんそく じんましん 花粉症 食物
- 薬 () その他 ()

●麻酔の注射をしたことがありますか？ いいえ はい → なんともなかった 異常があった

●歯を抜いたことがありますか？ いいえ はい → なんともなかった 異常があった

●女性の方へ 妊娠中ですか？ いいえ はい しているかもしれない 授乳中

●鼻が詰まって口で呼吸することがありますか？ ない たまにある よくある

●通院しやすい時間

- いつでもよい
- ご希望の時間帯 → 曜日 時頃
- 通院困難な時間帯 → 曜日 時頃

●今まで治療の途中・検診で通院をやめてしまったことはありますか？ ない ある

- あるにチェックされた方 → 中断の理由はありますか？ 面倒くさくなった 忙しくなった 嫌な思いをした
- その他 ()
- どうすれば続けて通院できますか？ 電話してほしい メールをしてほしい
- その他 ()

●キャンセル待ちを希望されますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。