



ふりがな 性別 生年月日
お名前 男・女 [大・昭・平] 年 月 日生 歳

ご住所 〒

自宅電話 携帯電話

職業（学校） ご紹介者

該当する箇所に☑チェックをつけてお答えください。

どうなさいましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきが痛い あごが痛い
- つめた物が取れた 歯がかけた・穴があいた 歯がグラグラする
- 歯ぐきから出血する 歯ぐきが腫れている 歯を抜いて欲しい
- 歯並びが気になる 歯石を取りたい 口臭が気になる
- 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない・痛い インプラントの相談をしたい
- 定期検診 虫歯予防（フッ素） 歯を白くしたい
- その他（.....）

歯科はどれくらいぶりですか？

- 今日はじめて (.....) 日前 (.....) ヶ月前 (.....) 年前

歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？

- 麻酔が効きにくかった 気分が悪くなった 血が止まりにくかった 発熱した
- ない

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 肝臓病 肝炎（B・C） 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
- 高血圧 糖尿病 リウマチ 骨粗しょう症 甲状腺疾患
- ぜんそく 貧血 その他（.....）
- ない

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない ある（薬の名前：.....）

妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中 (.....) ヶ月 妊娠の可能性がある 授乳中

アレルギーや、お薬の副作用はありますか？

- 花粉症 食物 金属 薬（薬剤名・症状：.....）
- ない

診療に関してご要望がありますか？

- 悪いところは全部治したい 今、気になっている所だけを治したい
- 保険の適応範囲で治したい 保険外診療でも、最良の治療をしたい
- 1回の治療時間が長くて、短期間で治したい 1回の治療時間は短いほうが良い

当院を何でお知りになりましたか？

- ホームページ・ネット 家から近い 職場から近い 雑誌・新聞
- ご家族・知人の紹介 その他（.....）