

フリガナ  
お名前 様 大・昭・平・令 年 月 日生( 歳) 男・女

〒 -

おところ

自宅電話( ) - 携帯電話( ) -

携帯電話メールアドレス @

ご職業 (学校名)  
勤務先名 連絡先( ) -

1. どうなさいましたか?	1. 歯の痛み 2. 歯肉の(腫れ・痛み・出血) 3. つめものがとれた 4. 義歯が合わない・入れたい 5. 歯石をとってほしい 6. 歯並びが気になる 7. 検診をしてほしい 8. その他( )
2. 今まで歯の治療のときに異常はありませんでしたか? (麻酔・抜歯・他)	1. ない 2. ある ・貧血 ・気分が悪くなった ・血が止まりにくかった ・その他( )
3. 最後に歯科医院に行かれたのはいつですか?	1. 当院で( 年 ヶ月前) 2. 他院で( 年 ヶ月前) 他院名: _____ 3. はじめて
4. 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか?	1. ない 2. ある ・心筋梗塞 ・狭心症 ・不整脈 ・糖尿病 ・高血圧 ・ぜんそく ・脳血管障害 ・肝炎( 型) ・肝臓病 ・腎臓病 ・輸血経験 ・蓄膿症 ・骨粗鬆症 ・リウマチ ・てんかん ・その他( )
5. 現在通院中又は定期的に通われている病院はありますか?	1. ない 2. ある 病 名: 科 名: 医院名: 主治医:
6. アレルギーは	1. ない 2. ある ・薬 a.ペニシリン b.ピリン c.その他( ) ・食物( ) 3. わからない ・金属( )
7. 現在の血圧は	最高血圧/最低血圧( / ) コントロール中 ・はい・いいえ
8. 現在服用している薬は	1. ない 2. ある ( )
9. 医師・歯科医師から薬の使用について注意するように言われたことが	1. ない 2. ある ( )
10. 女性の方へ	・妊娠の可能性(あり・なし) ・妊娠中( ヶ月) ・授乳中
11. たばこは吸われますか	1. いいえ 2. はい( 本程度/日)
12. 当院を何でお知りになりましたか?	1. 紹介(ご紹介者 様 紹介 ご関係: ) 2. 広告( 駅看板・バス広告・ヤフー検索・グーグル検索・その他( ) ) 3. ホームページ 4. 表看板(家が近い) 5. その他( )
13. その他、ご希望、ご質問などがございましたらご自由に記入ください。	