

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな	
氏名	(男・女) 生年月日： 年 月 日 ( 歳)
〒 _____	ご住所： _____
ご連絡先： 自宅 _____ ( )	携帯 _____ ( )
職業 _____	配偶者 (有・無) _____
学校名または勤務先名 _____	<input checked="" type="checkbox"/> <u>ご予約日をメール(SMS)でお届けします</u> <input type="checkbox"/> 配信を希望します

当院をお知りになったのは？	家族が通院中 ( _____ 様) 知人からの紹介 ( _____ 様) ホームページ…検索ワード _____ その他 ( _____ )
同居している 12 歳以下の子供	_____ 人 (子どもさんの年齢 _____ 、 _____ 歳)
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 治療途中の歯がある <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい その他 ( _____ )
治療に対するご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 悪い所は全て治療したい (自費治療・保険治療・相談したい) <input type="checkbox"/> 希望する所のみ治療したい (自費治療・保険治療・相談したい)
現在、痛むところはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・( _____ )日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある (医院名： _____ ) ※転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった ( <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ( _____ )
食品のアレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ( _____ )
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ( _____ ) ※ある方はお薬手帳をお出しください。用量や期間を確認します。
喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 _____ 本くらい _____ 年間)
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった ⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく・ 糖尿病・甲状腺・高血圧・鼻炎・てんかん 通院している医療機関名 → ( _____ ) その他 ( _____ )
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ( _____ )歳のとき(病名： _____ )
妊娠中または授乳中ですか？	妊娠 ( _____ ) 週

ご記入ありがとうございました。