フリガナ		生年月日	年(昭 平 令　　年)　月　日(　　歳)男・女
お名前		ご住所	〒
ご連絡先	(　　)	ご勤務先	ご勤務先名：
携帯電話	(　　)		〒
mail			

今回はどうなさいましたか	□ 歯が痛い　□ 歯がしみる　□ かむと痛い □ 歯グキが痛い　□ 歯グキが腫れた　□ 歯グキから出血する □ 入れ歯が合わない　□ 歯を入れたい　□ つめ物が取れた □ 歯が欠けた　□ 食べ物がつまる　□ 歯石を取りたい □ クリーニングしたい　□ 歯の色が気になる　□ 歯を白くしたい □ 歯並びを治したい　□ 検診をしたい　□ その他 (　　)
どこに症状がありますか	□ 右上の歯　□ 上の前歯　□ 左上の歯 □ 右下の歯　□ 下の前歯　□ 左下の歯　□ その他 (　　)
当院をどのように お知りになりましたか	□ ご紹介 (ご紹介者名：　　様　ご関係：　　) □ インターネット　□ 看板・建物を見て　□ 自宅・職場から近い
最近 歯科治療を受けられましたか	他院で 約 (　　年前) (　　ヶ月前) (　　週間前) (　　日前)
以前に歯科治療を受けた際に 何か異常はありましたか	□ いいえ　□ 痛んだ　□ 腫れた　□ 血が止まらなかった □ 気分が悪くなった　□ 貧血になった　□ その他 (　　)
麻酔についてご希望はありますか	□ 少しでも痛みを伴う処置は必ず麻酔をしてほしい □ 必要に応じて麻酔をしてほしい　□ できる限り麻酔はしてほしくない
現在の健康状態はどうですか	□ 良好　□ 普通　□ 睡眠不足　□ 疲労　□ 頭痛　□ 肩こり　□ ストレス
他科の病院にかかっていますか	□ いいえ　□ はい (病院名：　　)
今までにかかった ご病気はありますか	□ いいえ □ 糖尿病　□ 高血圧　□ 狭心症　□ 不整脈　□ 心筋梗塞 □ 肝炎　□ 肝硬変　□ ぜんそく　□ 肺結核　□ 胃潰瘍　□ 腎不全 □ 甲状腺　□ ちく膿症　□ 腎臓疾患　□ 骨粗鬆症　□ てんかん □ リウマチ　□ その他 (　　)
現在、お飲みの薬はありますか	□ いいえ　□ はい (□血圧 □糖尿病 □その他 (　　) 薬名 (　　)＊お薬手帳をお持ちください
お薬が合わなかったことや お薬のアレルギーはありますか	□いいえ　□ はい (薬名：　　) (症状：　　)
他にアレルギーはありますか	□ いいえ　□ はい (□花粉症 □金属 □食物 (　　) □その他 (　　)
血圧の状態はどうですか	□ 高い　□ 普通　□ 低い 最近計った血圧は (最高血圧：　　最低血圧：　　)
喫煙していますか	□ いいえ　□ はい (1日　　本)
＊女性の方のみ：妊娠中ですか	□ いいえ　□ はい (妊娠　　ヶ月)
診療のご希望はありますか	□ 痛い所・困っている所だけを治してほしい □ 診査・診断をして悪い所があれば治してほしい □ 定期検診をご希望　□ その他 (　　)
ご予約日時のご希望はありますか	□ いいえ　□ はい (月・火・水・木・金・土　/　午前・午後・夜)
治療時間のご希望はありますか	□ いいえ □ はい (□1時間 □30分 □時間は長くても良いので回数を減らしたい)

＊上記の個人情報は診療以外の目的で使用致しません。ご協力ありがとうございました。