

初診日 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 年 月 日 ( )歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

ご職業 (学生の場合は学年)

携帯番号

自宅

- 本日はどうされましたか。(○をつけてください)
  - 歯が痛い、しみる ・ 出血や腫れ ・ 詰め物が取れた ・ 顎の症状 ・ 義歯の不具合
  - 検診・クリーニング希望・ホワイトニングしたい
  - 矯正相談・インプラントの相談・噛み合わせが気になる・セカンドオピニオン
  - その他( )
- 主訴の部位や症状 (いつから、どのように) を教えてください。
  - 部位 ( )
  - 症状 ( )
- 初めて来院された方にお聞きします。当院をどのようにお知りになりましたか。
  - 家族・知人の紹介(ご紹介者名 \_\_\_\_\_ 様: ご関係 \_\_\_\_\_ )
  - ホームページ (どこを見て: \_\_\_\_\_ )
  - 看板 通りがかり その他( \_\_\_\_\_ )
- 最後に歯科にかかったのはいつ頃ですか。  
( \_\_\_\_\_ )ほど前まで (治療途中・治療完了・定期健診を受けていた)
- お口のお手入れについて
  - 歯ブラシ指導を受けられたことはありますか? はい いいえ
  - 歯ブラシ以外の掃除用品お使いですか。歯ブラシのみ 歯間ブラシ フロス その他
  - 砂糖の含まれた食品 (飲み物も) をよくお召しになりますか? はい いいえ
- 女性の方にお尋ねします。
  - 妊娠中ですか はい いいえ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) わからない
  - 現在授乳中ですか はい いいえ はい (産後 \_\_\_\_\_ ヶ月)
- 小さなお子様がみえる方へ
  - 当院では託児を行っておりますので、お気軽にお申し付けください。
  - 希望しない 希望する( \_\_\_\_\_ 歳)

お手数ですが裏面もお書きください。

・今まで歯科治療で異常やご不満があったことはございますか。  
ない 麻酔で気分が悪くなった 血が止まりにくかった アレルギー( )  
その他 ( )

・現在または以前に病気はありませんか。  
ない 現在治療中 以前(約 前)  
糖尿病 心臓 胃腸 脳梗塞 貧血 肝炎 リウマチ  
高血圧(最高 /最低 ) ぜんそく 骨粗鬆症 その他( )

・現在飲んでいるお薬はございますか。  
ない 降圧薬 糖尿病薬 抗凝固薬(血液サラサラにする薬) 骨粗鬆症薬  
その他 ( )  
※ある方は受付にお薬手帳又はお薬の情報が書いてある紙を受付にお出しください。

・お煙草はお吸いになりますか? いいえ はい (1日 本)

・通えない曜日や時間帯があれば教えてください。  
月 火 水 金 土 AM PM ( )時ごろ  
通いやすい曜日や時間帯があれば教えてください。  
月 火 水 金 土 AM PM ( )時ごろ

・治療に対するご要望

1) 治療の質について

- ・保険の範囲でのみ治療したいので詳しい説明はிரらない
- ・自由診療も含めて良い治療を相談して決めたい

2) 治療期間について

- ・今悪い所だけ治療してできるだけ早く終わりたい。
- ・できるだけ将来も悪くならないように全体的に治療してほしい

3) 予防メンテナンスについて

- ・治療後はメンテナンスに通えない
- ・治療後も健康な状態が続くよう予防メンテナンスも受けたい

その他ご要望があればお書きください。

( )

ご協力ありがとうございました。