



フリガナ		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	明・大・昭和・平成	年 月 日
ご住所	〒		お電話番号	— —
ご勤務先			携帯電話番号	— —

知人・家族の紹介 ホームページ タウンページ
 他の医療機関からの紹介 (病院/診療所名) _____)
 電柱を見て 道路看板を見て 院前をとおって
 その他 (_____)

当院におみえになったのは
 ご紹介があればお書き下さい _____ 様

どうなさいましたか
 歯が痛い ムシ歯の治療をしたい 歯の清掃をしてほしい
 入れ歯の具合が悪い 歯並びをなおしたい 歯ぐきから血が出る
 口臭がある 親知らずを抜いて欲しい その他 (_____)

どこがお痛みですか	左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉
	左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> あごの関節	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

痛み方は
 今日のはじめて 数日前から ずっと痛い 時々痛い
 ズキズキ痛い 何となく痛い 冷たいものがしみる 熱いものがしみる

歯の治療を受けたのは
 そのときは治りましたか
 ()ヶ月前 ()年前 治療をしたことがない
 治った 途中で止めた その他 (_____)

麻酔の注射をしたことが
 ありますか
 ある ない その時異常は ある ない
 歯を抜いたことがありますか
 ある ない その時異常は ある ない

今まで薬を飲んで副作用が
 でしたことがありますか
 ない ある 薬品名 _____

現在飲み続けている
 薬はありますか
 ない ある 薬品名 _____

これまで病気に
 かったことはありますか
 ある (心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病 高血圧)
 ない (その他 / 病名 (_____))

特異体質やアレルギーは
 ありますか
 ある (かぶれやすい ぜんそく じんましん アトピー)
 ない (薬 (_____) 注射・食事 (_____))

現在の健康状態は
 良好 普通 悪い
 妊娠 授乳中 その他 (_____)

治療のご希望について
 教えてください
 (複数回答可)
 歯を白くしたい
 先生の治療方針を教えて欲しい
 健康な歯で過ごせるようにしたい
 口を開けて笑えるようにしたい
 歯の予防について教えてもらいたい
 自分の歯でおいしく食することが出来るようになりたい
 材料と治療方法ごとの料金の違いの説明を聞きたい
 その他 (_____)