



ふりがな

氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日生 才

〒

住所

電話

携帯電話

職業

勤務先電話

① 今日はどうされましたか？ 該当するところにチェックして下さいね。

虫歯 痛い 腫れた 詰め物がとれた ぐらぐらする 入れ歯の調子が悪い
検診希望 お掃除希望 その他()

② 健康状態はいかがですか？また、何か病気をされていますか？

調子よい
足腰が痛い 熱がある 息切れ 心臓 肝臓 腎臓 糖尿 血圧 骨粗鬆症
その他()

♥ 女性の方におたずねします。

妊娠の可能性はありますか？

授乳中ですか？

はい(妊娠 月) いいえ はい いいえ

③ 今現在お体のお薬は飲んでいらっしゃいますか？

はい(お薬の名前:) いいえ

④ 食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

はい(アレルギーの種類:) いいえ

⑤ 歯を抜いてそのあと血が止まらないことがありましたか？

はい いいえ

⑥ いままで歯の麻酔で気分が悪くなりましたか？

はい いいえ

⑦ 治療に対してのご希望はありますか？

悪いところは全部治したい 調子が悪いところのみ治したい
治療方法、回数などの説明を聞きたい(カウンセリング) 自費診療を取り入れたい

⑧ 当院をどのようにお知りになりましたか？

ご紹介(お名前: 様) 看板 ホームページ
自宅・職場に近い その他()

ご希望、ご質問したいことがあればお書き下さい。

ありがとうございました。受付までお持ち下さい。