

平成 年 月 日

当院は、皆さまの健康維持のサポートをし、そのために全員で最善の治療を行います。つきましては以下の項目の必要事項をご記入ください。
*これらの個人情報、利用目的の達成に必要な範囲を越えて取り扱いしないこととお約束いたします。

フリガナ
氏名 (男・女) 血液型 型

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳

自宅住所：〒

携帯電話： () メールアドレス： @

A. 来院された直接の原因 (気になることをすべてチェックしてください)

痛い (歯・歯ぐき・あご) つめ物・かぶせ物が取れた 歯石や汚れの除去 ホワイトニング
 定期検査をしてほしい 口臭が気になる 歯の色 歯並び
 かみ合わせが気になる はれている (歯ぐき・ほほ) その他 ()

B. 健康状態について

● 既往症はありますか はい いいえ
 心臓 腎臓 糖尿 高血圧
 低血圧 肝炎 その他 ()

● 妊娠中ですか はい ____ヶ月 可能性あり いいえ

● 医師から歯科治療について注意がありましたか はい いいえ

● 吐き気を感じたり、服用してはいけないと言われた薬はありますか はい いいえ
(薬の名称)

● 特異体質やアレルギーがありますか はい いいえ

● 今までに肝炎の検査を受けましたか はい いいえ

● 歯を抜いたことがありますか (いつごろですか? 約 ____年前) はい いいえ

● 麻酔の注射をして異常を感じたことはありますか はい いいえ

● その他特別なことはありませんか ()

C. 治療についてのご希望

今回は痛い所だけ治したい 相談しながら治したい できるだけ短期間で治したい

※診療予約のご希望時間及びご希望終了期限がありますか
 特にない 希望は (曜日・時間) (期限)

※その他診療についてのご希望がありましたらご記入下さい
()

アンケート. 当院をお知りになった理由をおしえてください

知人の紹介 紹介者名 : 様、紹介者とのご関係 :
 家族来院中 (していた) ホームページを見て タウンページを見て
 診療所の看板を見て ご近所ドクターを見て 雑誌を見て
 うわさを聞いて 雑誌を見て (雑誌名 :) その他 ()