

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

勤務先・学校名 \_\_\_\_\_

携帯 TEL \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

 当院をお選び頂いた理由 \_\_\_\_\_ 1. 評判を聞いて 2. インターネット ( PC ・ 携帯 ) 3. 通りかかって  
4. 看板 5. 紹介 御紹介者 ( \_\_\_\_\_ 様 )

1) 今日はどうなさいましたか？

1. 歯が痛い 2. 痛みはないが気になる所がある 3. 歯ぐきが腫れている
4. つめもの、かぶせ物がとれてしまった 5. 義歯、ブリッジ、さし歯を入れてほしい
6. 歯並びを治したい 7. インプラントをしたい 8. 親知らず 9. 欠けた
10. 歯周病をチェックしてほしい 11. ホワイトニングがしたい 12. クリーニング希望
13. 検診をしてほしい 14. 相談したいことがある ( \_\_\_\_\_ )

2) 部位はどこで、どのように痛みますか？

左上	上前	右上
左下	下前	右下

1. 歯 2. 歯ぐき 3. 全体的に痛い
4. なにもしなくてもズキズキ痛い 5. 腫れている
6. しみる (冷たいもの、熱いもの) 7. 噛むと痛い
8. グラグラする 9. 時々痛むことがある 10. 特に痛みはない
11. 痛み止め等の薬を飲んだ 12. 薬を飲んでも効かない

3) いつ頃から痛みがありますか？

1. 今日から 2. 昨日から 3. \_\_\_\_\_ 日前から 4. \_\_\_\_\_ 週間前から 5. \_\_\_\_\_ カ月前から

4) 内科的疾患はありますか？

1. ありません 2. 心臓 (不整脈・心不全・虚血性心疾患) 3. 脳血管障害 4. てんかん
5. 肝炎 (A型・B型・C型・その他 ) 6. 高血圧疾患 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg )
7. 糖尿病 (HbA1c: \_\_\_\_\_ % ) 8. 慢性腎臓病 9. 骨そしょう症 10. メタルアレルギー
11. 甲状腺機能障害・甲状腺機能亢進症 12. 副腎皮質機能不全 13. 喘息・慢性気管支炎
14. メンタルケア・自律神経失調症 15. その他の疾患 ( \_\_\_\_\_ )
16. 現在服用中の薬 ( \_\_\_\_\_ )
17. 薬物アレルギー、あわない薬 ( \_\_\_\_\_ )

5) 現在妊娠中ですか？

1. いいえ 2. はい、妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) カ月 3. まだわからないが可能性がある

 6) たばこを 1. 吸わない 2. 吸う 1日 本

7) 以前に歯科治療で麻酔や抜歯をしたときに何か異常がありましたか？

1. 特に異常はない 2. ある (どんな異常ですか \_\_\_\_\_ ) 3. アナフィラキシーショック

8) この機会に 1. 徹底的に治したい 2. ある程度全体的に治したい

3. 悪いところだけ治ればよい 4. よく相談した上で考えたい

### 【領収証の発行について 1・2・3 該当する番号に○をお付け下さい】

1. まとめて 毎回の領収証の交付は必要ではないが、医療費控除等に必要ときは後日まとめて発行してほしい
2. 毎回 診療毎に領収証の交付が必要 ※ただし紛失されますと、再発行できません。
3. 不要 毎回の領収証は不要

上記の領収証の内容をご理解いただけましたら、皆様署名をお願いします。署名 \_\_\_\_\_

