

年 月 日 No.

ふりがな				生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 (歳)	男 女
氏名				自宅電話		
住所	〒			携帯電話		
ご職業	お勤め先	TEL		血液型	型	ご紹介者様 (間柄) ()

※当医院では個人情報保護を重視しています。より良い治療のために大切な資料となります。ご面倒をおかけしますができるだけ詳しくお答えください。

どうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い・はれている・血が出る・膿が出る) <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> さし歯・入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 予防・検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯のホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ひびく・咬むと痛い) <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏・歯周病を治したい <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング(着色・歯石とり) <input type="checkbox"/> キレイな詰め物・被せ物をいれたい		<input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた・欠けた <input type="checkbox"/> 咬み合わせが悪い <input type="checkbox"/> 親知らずについて相談したい <input type="checkbox"/> 歯のないところに歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 衛生士による指導を受けたい	
それはどのあたりですか？ <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 全体的に <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他 ()		いつから痛みますか？ <input type="checkbox"/> 現在痛みはない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> () 日前くらいから <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ずっと前から			
現在のお身体の調子はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()		現在通院中の病院はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 病院名・診療科()			
【女性の方のみお答えください】 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中(カ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (病院名:)		病気で入院したことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名()			
ご病気や特異体質はありますか？					
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 脳疾患() <input type="checkbox"/> 肝臓疾患(A・B・C型肝炎・その他) <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(最高: /最低:) <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c: 空腹時血糖値:)		<input type="checkbox"/> アレルギー(薬・食べ物・金属・ゴム等) <input type="checkbox"/> 腎臓疾患		<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 出血性疾患 <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> 自律神経症					
現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お薬名() ※ご記入いただくか、お薬手帳又は薬剤情報提供書をご提示ください。		お薬で副作用が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お薬名()			
タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (本/日 年ほど)		費用についてのご希望はありますか？ <input type="checkbox"/> 全て健康保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費で <input type="checkbox"/> 最も良い資材と方法なら自費で構わない <input type="checkbox"/> その他()			
最後に歯科医院で治療を受けたのはいつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> 歯科治療を受けた経験がない <input type="checkbox"/> 旧青木歯科医院で(年 月頃) <input type="checkbox"/> 他医院で(年 月頃) (医院・クリニック)		通院に際してご都合の良い曜日、時間帯はございますか？ <input type="checkbox"/> 平日(月・火・水・金 時頃) <input type="checkbox"/> 土曜(時頃) <input type="checkbox"/> いつでも構わない			
【治療経験のある方へ】※(麻酔や歯を抜いた時など) 今まで治療を受けた際に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他()		その他、治療に対するご希望・ご相談・伝えておきたい ことなどございましたら、お書きください。			

当医院をお知りになったきっかけをお聞かせください。

<input type="checkbox"/> 旧青木歯科医院に通っていた <input type="checkbox"/> インターネット ★ご家族の方がどなたか来院されていますか？ ⇒ご家族のお名前()	<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> よく通るので <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 内覧会(相談会)で <input type="checkbox"/> 新聞チラシ
--	---	--	--

ご協力ありがとうございました。尚、プライバシーは厳守いたします。