

フリガナ		男	生年月日	大正
お名前		女	昭和 年 月 日 (歳)	平成
ご住所	〒	自宅電話		
		携帯電話		
		Email	@	
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください。

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？
はい いいえ

どうなさいましたか？（複数回答可）
歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
つめ物・差し歯が取れた 歯ぐきが腫れている
歯がグラグラする 口臭が気になる
入れ歯が合わない・痛い・作りたい
歯並び・かみ合わせが気になる
歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
お口の中全体を検査したい
その他（具体的にご記入ください）
 []

いつからですか？
今日 () 日前から

次の病気にかかったことはありますか？
心臓病 高血圧症 (/ mmHg)
脳梗塞 肝臓病 腎臓病 血液疾患
肝炎ウイルス (B, C) 糖尿病 リウマチ
甲状腺疾患 貧血 骨粗しょう症
喘息 蓄のう症
その他（具体的に:)

現在、お医者さんにかかっていますか？
はい (病名:)
いいえ

現在、飲んでいる薬はありますか？
ある (お薬の名前)
ない

妊娠に関して（女性の方）
妊娠中 (月) 妊娠の可能性がある
授乳中

アレルギーはありますか？
ある (お薬:)
 (食べ物:)
ない

これまでの歯の治療・麻酔で異常がありましたか？
血が止まらなかった 気分が悪くなった
麻酔が効きにくかった アレルギーが出た
その他（具体的に:)

治療について
すべて保険で なるべく保険で
自費治療も含めた治療選択をしたい
悪いところはすべて治したい
希望部位だけ治したい

歯磨きについて
 ①いつ磨きますか？
起床後 食後（朝・昼・夕） 就寝前
 ②ハブラシ以外の清掃用品は使いますか？
糸ようじ 歯間ブラシ その他 ()

生活習慣について
 ①喫煙習慣
なし あり 過去にあり
 ②習慣的飲料
なし あり ()

直近の一年間で健診を受診されましたか？
受診していない
受診した (健診名)

当院を知ったきっかけ
医院を直接見て (看板など)
知人・家族の紹介 (様)
インターネット・ホームページ
その他 ()

マイナ保険証をご利用の方へ
 当院では患者さん診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？ (はい・いいえ)

☆診察に対するご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。