（個人情報のため外部に漏れることはありません）

◎診療を始めるにあたってお尋ねします◎

20　年　月　日

お名前はひらがなで　　－　　年齢　才

ご住所：〒　　－

他の連絡先（お勤め先等）

携帯　-(　　)-
自宅　(　　)-
☎　(　　)-
☎　(　　)-

※該当する所に○印を付ける、あるいは"ご記入"願います。（答えられる範囲でお願いします）

1．どうなさいましたか？

A）冷たいものがしみる
B）温かいものがしみる
C）ズキズキと痛い
D）噛むと痛い
E）詰め物・冠がとれた
F）歯ぐきが腫れた
G）入れ歯がこわれた
H）入れ歯を作ってほしい
I）今入れている入れ歯があたって痛い
N）インプラントについて相談したい

♡それはどこですか？

右上奥歯	上の前歯	左上奥歯
右下奥歯	下の前歯	左下奥歯

J）歯石をとってほしい
K）口臭が気になる
L）口内炎で悩む
M）全体的にチェックしてほしい
P）ホワイトニングしてほしい

2．アレルギー・特異体質はございますか、また飲まれて体に異常が生じた薬は？

A）無い
B）ある--ア）歯科麻酔　カ）アトピー
イ）アスピリン 喘息　キ）湿疹
ウ）ピリン系　ク）その他・薬等
エ）ペニシリン系　（　　）
オ）ヨード系

3．以前に歯科で治療を受けたとき異常はありましたか？

A）特に問題は無かった
B）ある（具体的にお書きください）
（　　）

4．歯科治療は怖いですか？

A）別に何とも思わない
B）怖い（どうゆうふうに　　）

5．ここ数年（過去5年以内に）大きな病気をしたり手術を受けたことが有りますか

A）無い
B）有る（心臓発作・脳血管障害の発作等）
⇨［病名；　　：時期；　　］

6．現在、内科的な病気で通院していますか

A）していない
B）している　病院・医院　科
病名は
心臓疾患・血液疾患・腎臓疾患
糖尿病・B型C型肝炎・HIV・WA氏
ペースメーカー
高血圧（最高　　～最低　　）
低血圧
他［病名 等　　］

7．現在、ご使用の薬は？

A）飲んでない
B）飲んでる　どんな薬?
（　　）

8．治療について・・・

A）今悩んでいるところだけで良い
B）他に悪いところがあればきちんと治したい

9．治療について・・・

A）保険の範囲内で治したい
B）なるべく保険で、但し保険外の治療法も場合によって検討したいので話を聞きたい

10．妊娠中の女性の方へ・・・現在何ヵ月ですか（妊娠　　カ月）

11．女性の方へ・・・現在、授乳中ですか？

A　いいえ
B）授乳中です

12．治療期間について・・・・・

★　月　日までに終わってほしい
尚、長期の出張・旅行、祝い事、等が有りましたらその都度前もって、受け付けにお申し出ください

♡　その他承っておくことがございましたらどうぞお書きください　♡（以前かかられていた歯科医院の不満もどうぞ）

☆　当医院に来院されたのは・・・（複数回答可）1）以前に来たことがある（　　年　　月くらい）
2）当医院の窓のディスプレーを見て　3）駅の看板を見て　4）電話帳を見て　5）近所で利便性が良い
6）たまたま目についたので　7）評判を聞いて　8）（　　様）のご紹介で
9）インターネットを見て（どんなサイトですか?）　10）iタウンページを見て
（　　）　11）当院ホームページを見て

♣ Hello Dental Clinic