（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◎

201　年　　月　　日

お名前はひらがなで　　－　　年齢　　才　携帯 -(　　)-

ご住所：〒　　－　　自宅 (　　)-

他の連絡先（お勤め先等）　　☎ (　　)-

※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
　J）歯石をとってほしい（クリーニング）
　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

♡それはどこですか？（左右反対に表記されています）

右上奥歯	上の前歯	左上奥歯
右下奥歯	下の前歯	左下奥歯

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　イ）アスピリン 喘息　ウ）ピリン系　エ）ペニシリン系　オ）ヨード系　カ）アトピー　キ）湿疹　ク）その他・薬等（　　）

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・腎疾患・ペースメーカー使用
　- 糖尿病・B型C型肝炎・HIV・WA氏
　- 骨粗鬆症（ビスフォスフォネート剤服用/BS製剤服用中）
　- 高血圧
　- 低血圧（最高血圧　　～最低血圧　　）
　その他　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）近所で利便性が良い
5）たまたま目についたので　6）評判を聞いて　7）（　　様）のご紹介で
8）インターネットを見て（どんなサイトですか？）　9）iタウンページを見て
（　　）10）当院ホームページを見て

Hello Dental Clinic