

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。(答えられる範囲で願います)

1. どうなさいましたか? ♡それはどこですか?(左右反対に表記されています)
- | | | | |
|----------------------|------|------|------|
| A) 冷たいものがしみる | 右上奥歯 | 上の前歯 | 左上奥歯 |
| B) 温かいものがしみる | | | |
| C) スキズキと痛い | 右下奥歯 | 下の前歯 | 左下奥歯 |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| N) インプラットについて相談したい | | | |
| P) 初診でしてほしい | | | |
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 --P) 歯科麻酔 カ) アトピー
 イ) アスピリン 喘息 ヲ) 湿疹
 ウ) ビリン系 ヲ) 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 ()
 ()
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・WAZ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(最高血圧 ~最低血圧)
 低血圧
 その他 []
 ()
7. 現在、ご使用の薬は?
 A) 飲んでない B) 飲んでる 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 ヵ月)
 11. 女性の方へ・・・現在、授乳中ですか?
 A) いいえ B) 授乳中です
 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 日)
 2) 当医院の窓のディスプレイを見て 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) ()
 8) インターネットを見て(どんなサイトですか?) 9) ITホームページを見て
 () 10) 当院ホームページを見て