

ふりがな
お名前

大・昭・平 年 月 日生(歳) 男・女

ご住所 〒 -

電話番号 - -

勤務先名 緊急連絡先 - -

勤務先所在地 メールアドレス

当院では「ご満足いただける治療を行うこと」を最優先に考えております。
どのような状態でご来院されたか、これからの治療をどのようにしていくかをご納得されたうえで
進めて参ります。つきましては、参考にさせていただきますのでできるだけ正確にお答えください。

1) どうなさいましたか? 今日のご来院の理由を教えてください(具体的に。いくつでも)

- 歯が痛い
 歯ぐきが(痛い・腫れている・血が出る・膿が出る)
 検診してほしい(前回の検診 月)
 入れ歯を入れたい・合わない
 歯並びが気になる
 詰め物が取れた
 歯をきれいにしてほしい
 その他()
- インプラント
 ホワイトニング
 プラセンタ

2) 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

- 知人の()様に紹介された クチコミサイト(サイト名)
 家族の()様に聞いた Drリセラの化粧品を扱っているから
 看板を見た TVを観た
 インターネットでホームページを見た サプリメントを扱っているから
 その他()

3) 現在の健康状態は?

- 健康 内科・外科等に通院している
(病名) (病院名)
 投薬中である(薬品名)
 妊娠中(月) 授乳中

4) 今までに大きな病気を患ったことはありますか? (複数選択可)

- ない 高血圧 がん() ぜんそく 胃潰瘍
 心臓病 腎臓病 うつ病 脳卒中
 血液疾患 糖尿病 胃腸病 肺炎
 肝炎A型 肝炎B型 肝炎C型 その他

5) 特異体質(アレルギー)はありますか?

- ない ある → かぶれやすい
 じんましんが出る
 薬アレルギー(薬品名)
 金属アレルギー(金属名)

※お薬手帳をお持ちの場合は、ご提出お願い致します。

6) 最近、歯の治療を受けましたか?

- ない ある (カ月くらい前) (年くらい前)

7) 家族構成(一緒にお住まいの方に○を付けてください)

一人暮らし・夫・妻・父・母・きょうだい()人

祖父・祖母・子供()人・孫()人・その他()

8) 歯の麻酔をしたことはありますか?

- ない ある(痛かった・貧血あるいはショックを受けた) その他

9) 予約に対するご希望をお聞かせください

- 時間 午前 時ころ 午後 時ころ
曜日 月 火 水 木 金 土

10) 治療法についてのご希望をお伺いします

- 最善の方法を説明と費用を聞いたうえで、自分で治療方法を選択したい
 出来る限り保険を使いたいが、治療方法によっては保険外診療も考えたい。
 どんな治療も保険治療内で治療できることを優先にしたい