

より、安全で快適な治療のために、ご記入をお願いします。

フリガナ 氏名	様	男・女	職業	生年月日 明大 昭平	年 月 日	年齢
------------	---	-----	----	------------------	-------	----

住所〒□□□-□□□□ ●電話 ( ) - ●携帯電話 ( ) -

【1】今日はどうなさいましたか？（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 予防をしたい	<input type="checkbox"/> インプラント相談
<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい	<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい
<input type="checkbox"/> つめものがとれた	<input type="checkbox"/> 痛いところがある
<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい	<input type="checkbox"/> 歯周病を治したい
<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい	<input type="checkbox"/> ホワイトニング相談
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> その他

【2】歯科での治療中、麻酔やお薬で気分が悪くなった事がありますか？

ない  ある ( )

【3】お薬のアレルギーはありますか？

ない  ある ( )

【4】内科的な病気はありませんか？  
通院中の病院

ない

肝臓の病気 < \_\_\_\_\_ 型肝炎・その他 >

心臓の病気 < 心筋梗塞・心不全など >

腎臓の病気  血圧異常 < / >

糖尿病  その他

※具体的な病名がわかる方はお書きください ( )

【5】今、服用している薬はありませんか？

ない  ある ( )

【6】喫煙はされますか？

いいえ  はい (1日約 本)

【7】現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

ない  妊娠中 ( 月)

妊娠の可能性あり  授乳中

【8】治療についてのご希望はありますか？

今困っている所のみを治したい

他に悪いところがあれば治したい

理想的な治療法を聞きたい

【9】治療に際し、特に要望しておきたいことはありませんか？ ( )

●当院を何でお知りになりましたか？

以前来院した事がある  
(心斎橋・谷町・堺東 <旧堺一条>・金剛・泉北)

家族が来院した事がある (お名前: )

紹介 (ご紹介者: 様)

ホームページ/インターネット

その他

●通院の手段とお時間はどのくらいでしょうか？  徒歩  車  電車 約 分ぐらい