

カルテNO: _____

フリガナ		男・女	生年月日		
お名前			(満 歳) 大・昭・平・令 年 月 日		
ご住所	〒 _____		電話番号	ご自宅 ()	
				携帯電話 ()	

どこですか？(右の絵に○かいてください)

その他の箇所 ()

いつごろから・どんな時

今日 () 日前から

ずきずき痛む かむと痛い

冷たい物がしみる 熱い物がしみる

時々痛い 痛みなし

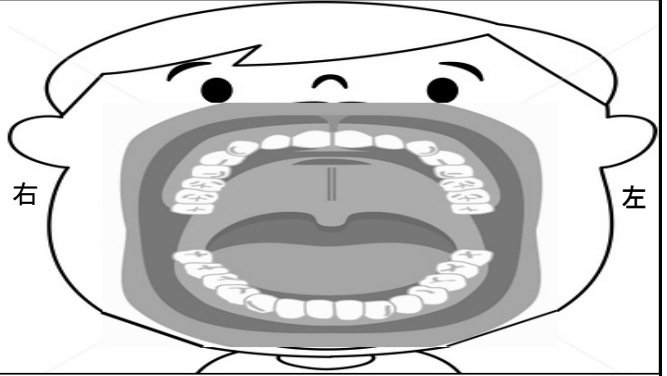
状況を教えてください。(該当する全て選んでください)

痛い 歯がぐらぐらする 血が出る

つめもの、差し歯が取れた 入歯が合わない、痛い、新しく作りたい

検診希望 クリーニング 歯を白くしたい 口臭が気になる

その他:(具体的にご記入ください。)



今の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不調がある(不調の具体的な内容:)
次のいずれかの病気にかかったり、今までに入院/手術をされたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある *ある場合、下記の該当すもの全て選んでください。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(B型、C型、その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症(/) <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 脳神経系疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他:)
現在、飲んでいるお薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> お薬の名前:) *お薬手帳お持ちの方は受付でコピーをとらせてください。
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 食べ物:) (<input type="checkbox"/> お薬:) (<input type="checkbox"/> その他:)
今まで歯の治療、麻酔、抜歯で次のような事がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある *ある場合、下記のいずれかを選んでください。 <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> はれた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> アレルギー反応がでた <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔の経験なし <input type="checkbox"/> その他:)
前回、歯科治療はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 年 月ごろ
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> すべて保険で	<input type="checkbox"/> 治療に応じて最良の方法で(自費も検討)
ご要望など(治療内容や介助内容など)		
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 医院を直接みて(看板を見て) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> チラシなどを見て <input type="checkbox"/> その他()	

ありがとうございました。

ご記入が終わりましたら、受付までお待ちください。