

ふりがな
お名前

生年月日
男 女 明・大・昭・平 年 月 日 (才)

住所 〒

自宅 TEL
携帯 TEL

勤務先・学校

勤務先 TEL

ご紹介者がいらっしゃいましたらお書き下さい

様 紹介理由()

どうなさいましたか？

むし歯の治療をしたい 歯の清掃をしてほしい 歯ぐきが腫れている
定期検査をしてほしい 歯並びが気になる 歯の色が気になる
義歯(入れ歯)を入れたい その他()

お痛みの部分と程度は
いかがですか？

右上 上前 左上
右下 下前 左下

歯 歯ぐき 舌

痛みは特にない しみる
ひどく痛い 噛むと痛い
はれている 痛んだり止んだり
その他()

歯の麻酔をしたことが
ありますか？

はい そのとき何か異常は いいえ 気分が悪くなった
いいえ ありましたか？ その他()

歯を抜いたことが
ありますか？

はい そのとき何か異常は いいえ 血が止まりにくかった
いいえ ありましたか？ 何日も痛んだ 貧血をおこした
その他()

健康状態はいかがですか？

良好 普通 悪い 妊娠の可能性のある・妊娠中 授乳中

おタバコは吸われますか？

いいえ はい (本/1日)

今までにかかったことのある
病気はありますか？
はい いいえ

心臓病 肝炎(A・B・C) 骨粗鬆症 悪性腫瘍 糖尿病 (HbA1c)
腎臓病 喘息 血液疾患 胃・腸の病気 脳血管障害
免疫系疾患 てんかん 肝臓病 その他()

血圧はいかがですか？

正常 高め 低め 最高() 最低()

アレルギー等
ございますか？

はい ピリン系 抗生物質 食品 ラテックス(ゴム)
いいえ その他()

お薬を飲んでいますか？

いいえ はい 薬名()

通院中の病院はありますか？

いいえ はい 病院名()

この機会に。。。

悪いところは全て治療 気になるところだけ治療 相談の上治療

診療時間について
ご希望はありますか？

特にない 午前() 午後()
月・水・木・金・土・日

当院を何で知りましたか？

ご紹介 外観 駅看板 パンフレット 電柱看板
大学病院 ホームページ(検索方法) その他()

当院では患者様の「高度先端治療への希望」に対応
するため自由診療(保険外診療)も行っております。
ご希望や関心があるものがございましたら、印をつけ
てください。

歯の色の詰め物・かぶせ物 (審美歯科)
より良質な金属(貴金属)の詰め物
ホワイトニング インプラント(人工歯根)
軽量で、違和感の少ない義歯 短期間集中診療

歯科受診はいつ以来ですか？
約()年()ヶ月前

診療についてのご希望・ご質問が
ございましたらお書きください