

はじめて受診される方へ

よみがな 氏名				(男・女)	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生れ	才
自宅住所 連絡先	〒	電話番号 ()	—	メールアドレス	@
勤務先住所 連絡先	〒	電話番号 ()	—		

※ メールアドレスをご記入頂くと、インターネットから予約することができます。詳しくは受付にご相談ください。

該当する箇所には✓をして下さい。治療の参考にさせていただきます。

1. 今日はどうされましたか？					
<input type="checkbox"/> 歯(又は歯ぐき)が痛い	<input type="checkbox"/> 口内炎を治療したい	<input type="checkbox"/> 定期検査をして欲しい			
<input type="checkbox"/> むし歯の治療をして欲しい	<input type="checkbox"/> 歯石を取って欲しい	<input type="checkbox"/> 治療途中である			
<input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい	<input type="checkbox"/> 歯を白くしてみたい	<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい			
<input type="checkbox"/> 熱いモノ・冷たいモノがしみる	<input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い	<input type="checkbox"/> かみ合わせが良くない			
<input type="checkbox"/> 食物をよく噛めるようにしたい	<input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい				
<input type="checkbox"/> その他 ()					
2. 現在のお体の具合について					
<input type="checkbox"/> 特に異常はない	<input type="checkbox"/> 心臓が悪い	<input type="checkbox"/> 血圧が高い・低い			
<input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい	<input type="checkbox"/> 薬に対してアレルギーがある			
<input type="checkbox"/> 妊娠している ()ヶ月	<input type="checkbox"/> 現在薬を飲んでいる				
<input type="checkbox"/> その名前()					
3. 過去の病気について					
➢ 次の病気にかかったことがありますか？					
<input type="checkbox"/> 血液病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高・低血圧	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腎炎	
<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 蓄膿症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 性病		
<input type="checkbox"/> その他 ()					
➢ 次の薬を使ったことがありますか？					
<input type="checkbox"/> 麻酔薬	<input type="checkbox"/> 風邪薬(ピリン系)	<input type="checkbox"/> 抗生物質			
(➡ お薬を使ったとき、副作用はありましたか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)					
➢ 抜歯をしたことはありますか？					
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない				
4. 骨粗鬆症の薬(ビスフォスフォネート BP系)を飲んだり、注射を受けたことがありますか？ (ダイドロネル、フォサマック、ボナロン、アクトネル、ベネット など)					
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる、又は注射を受けている	<input type="checkbox"/> 過去に飲んでいて、又は注射を受けていた			
5. 診療についての希望					
<input type="checkbox"/> 保険のみの治療を希望					
<input type="checkbox"/> 費用が少々かかっても完全に治療したい					
<input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい					
6. しのだ歯科医院を何でお知りになりましたか？					
<input type="checkbox"/> 知人の紹介や勧め	ご紹介者名()				
<input type="checkbox"/> 住居が近いため	<input type="checkbox"/> 職場が近いため	<input type="checkbox"/> 医院・看板が目についた			
<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> タウンページ	<input type="checkbox"/> その他()			