

ふりがな	
氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (才) 男 女
住所	〒 自宅TEL 携帯
勤務先	〒 TEL
職業	当院をお選びになった理由 <input type="checkbox"/> 家族から <input type="checkbox"/> 友人から <input type="checkbox"/> 職場に近いから <input type="checkbox"/> 自宅に近いから <input type="checkbox"/> インターネットホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板・広告を見て

より良い治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態や診療希望をおたずねします。できるだけ正確にご質問にお答えください。(患者様の個人情報、診療と医療サービスの提供にのみ使用します。なお、ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。)

今日はどうかさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> インプラント希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> アゴが痛い <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他 ()															
どこが痛みますか?	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 舌</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/> 歯肉</td> <td><input type="checkbox"/> 唇</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 頬</td> <td><input type="checkbox"/> 顎</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 唇				<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌												
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 唇												
			<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎												
いつから痛みますか?	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々															
今、痛みますか?	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> 我慢できないほど痛い															
歯の治療がこわいですか?	<input type="checkbox"/> 何ともない <input type="checkbox"/> こわい															
現在の健康状態は?	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 病気にかかっている <input type="checkbox"/> 妊娠 月 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 病院に通っている (病名) <input type="checkbox"/> その他 ()															
内科的な病気は ありませんか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある… <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (病名) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 () かかりつけ (医院名 先生名 連絡先)															
現在服用 (常用) している 薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある… { 薬の種類 () <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬BP製剤を服用中… <input type="checkbox"/> 注射剤 <input type="checkbox"/> 経口剤															
麻酔をして異常はありませんか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある															
薬に対する副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前と症状)															
アレルギーや特異体質は ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状)															
歯を抜いたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある															
そのときの異常は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状は)															
タバコを喫いますか?	<input type="checkbox"/> 喫わない <input type="checkbox"/> 喫煙している (本数) <input type="checkbox"/> 以前喫っていた (年前まで)															
治療に際してのご希望は	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で <input type="checkbox"/> 悪いところを全部治したい <input type="checkbox"/> 自費治療を含め、相談して決めたい															
メンテナンス (定期的検診) を希望しますか?	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 必要ない															

※当院では歯と口の健康を維持し、守るために、定期的に医院を訪れて歯と口の状態を検査するシステム (メンテナンスシステム) を実施しています。メンテナンスは病気の早期発見・早期治療につながりますし、何より予防になります。ご希望の方にはこちらからご通知いたします。

その他ご希望がありましたらお書きください。

