

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	H 年 月 日		
住所	〒 -	電話番号	自宅： - -		
			携帯： - -		
緊急 連絡先		学校、園			
	TEL - -	E-mail:			
来院のきっかけ	紹介 (家族 / ()) / 近所 / ネット / 電話帳 / 医療マップ / その他 ()				

個々に合った最適な治療を行いたいと思います。お手数ですが下記の質問にお答え下さい。(複数回答可)

1. 来院された理由

歯が痛い 歯が抜けた 歯がぐらぐら 歯が欠けた(外傷) 歯並びが気になる
 学校で紙をもらった 検診と清掃 フッ素塗布 虫歯予防処置 その他 ()

2. いつからですか? () 3. どこですか? ()

4. 現在の健康状態

健康 喘息 てんかん 鼻炎 出血傾向 心臓疾患 先天性疾患 心の病気 脳の病気
 診断名 () その他 ()

5. 現在通院中、もしくは過去に通院したことのある診療科はありますか?

医院名 () 耳鼻科 皮膚科 眼科 内科 外科 小児科

6. 今飲んでいるお薬は? ない ある ()

抗生物質や鎮痛剤等で飲むことのできた薬は? ()

7. アレルギーはありますか? ない ある(麻酔 ヨード 卵 牛乳 アトピー 果物 薬 他)

8. 血液型, 血圧, 平熱等を教えて下さい 身長 () センチ 体重 () キロ

A, AB, B, O型 血圧 / 平熱 °C

9. 歯科医院へ通院した経験はありますか? ない ある

10. 歯科麻酔の経験はありますか? ない ある (異常があった なかった)

11. 診療に関する希望をお聞かせ下さい

今痛んでいるところだけで良い 悪いところは全部治療したい 相談の上治療したい
 時間や期間がかかっても丁寧にやってほしい 1回が長くても回数を少なくしたい その他

12. 治療費について

保険の範囲 主に保険, 保険対象外のものも相談したい 保険外でもいい治療がいい
 フッ素塗布や虫歯菌検査を希望する(自費800円など) または話しを聞いてみたい

13. お子さんはどんな性格ですか?(好きな事、得意な事、嫌いな事、苦手な事など)

14. 家族構成を教えてください

(一緒に住んでいる人に○ 主にお世話をしている方に◎、仕上げ磨きをしている方に△)

祖父 祖母 夫 妻 子供 ()、その他 ()

15. 他にご意見、ご要望があればお書き下さい。