

ふりがな		ご紹介者		様
お名前		大・昭・平		
		年	月	日生（才）
ご住所	〒 —	電 話	( )	—
		携帯電話	—	—
緊急連絡先又はご勤務先		電 話	( )	—

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる その他( )	<input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口内炎
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 右上   前上   左上 右下   前下   左下	<input type="checkbox"/> いいえ
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た
4 お薬の副作用 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン ・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> クロロヘキシジン	<input type="checkbox"/> ヨード
5 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物( ) <input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他( )
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓 ( A / B / C / 慢性 / アルコール ) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧(現在の数値 / ) <input type="checkbox"/> その他( )	
7 質問6の病気で現在服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前 )		
8 質問6の病気でかかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名 )		
9 治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい		
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 保険外でもいいので白いものを入れたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明をしてほしい		
11 前回歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？	年 月 日		
12 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			
.....			
.....			

痛くない、怖くない、心地よい治療を目指してスタッフ一同努力してまいります。

