

フリガナ		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生（才）		
氏名					
住所	〒 ー	電話		ー	ー
		携帯		ー	ー
勤務先		職種			

01. 本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが（痛い・腫れている・うみが出る・血が出る） <input type="checkbox"/> あごが（痛い・音がなる） <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 歯のそうじ <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> その他（ ）
02. いつ頃から気になりだしましたか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前から <input type="checkbox"/> ( ) 年前から
03. お困りのところは？	<input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）
04. 今回の治療は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今回は希望するところだけ <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
05. 治療に対するご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険以外でも良いものがあれば説明して欲しい <input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内でよい
06. 前回、歯科受診を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 約（ ）年前 <input type="checkbox"/> 約（ ）ヶ月前
07. 今までに歯科治療においての問題点がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他（ ）
08. 現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： 病院名： ）
09. いま飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）
10. 過去に病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 [ / mmHg] <input type="checkbox"/> 糖尿病 [ / HbA1c ] <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病 [アルコール性肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他（ ）] <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> その他（ ）
11. 入院や手術をされたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 (※手術されたのはいつ頃ですか？ 年 月頃)
12. 薬やその他のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬（ ） <input type="checkbox"/> 食品（ ） <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
13. 健康診断、人間ドッグを受けられていますか？	<input type="checkbox"/> はい [ ]年 [ ]月頃に受けた <input type="checkbox"/> いいえ
14. 喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（1日 本）
15. 女性のかたへ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（妊娠 週） <input type="checkbox"/> 授乳中
16. 来院に都合の良い日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 （月・火・水・木・金・土） 曜日

当院を何でお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介（ご紹介者： <input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 友人・ <input type="checkbox"/> 知人） <input type="checkbox"/> 会社から近い <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> 広告/看板を見て <input type="checkbox"/> インターネット検索
前歯科医院の不満点などがあれば	