

○どちらで当院をお知りになりましたか？○をつけてください。

家族 ( ) 友人・知人 ( ) ご紹介者 様  
ホームページ ( )パンフレット ( ) 当院の前を通過して ( )

○来院の理由

1.虫歯がある 2.歯がしみる 3.歯が痛い 4.歯茎が腫れた  
5.つめていたものが取れた 6.検診 7.歯のクリーニング  
8.歯並びが気になる 9.入れ歯が壊れた 10.その他 ( )

○今までに病気にかかったことはありますか？

1.はい 心臓病/肝炎(A型・B型・C型・その他)/糖尿病/高血圧/貧血  
腎臓病/脳卒中/喘息/てんかん/その他 ( )

2.いいえ

○今現在、病院に通院していますか？

1.はい 病名・・・

2.いいえ

○現在、薬を飲んでいますか？

1.はい 薬名・・・

2.いいえ

○今までに手術をうけたことがありますか？

1.はい・・・ そのとき異常はありましたか？ はい / いいえ

2.いいえ

○歯科で麻酔注射をうけたことがありますか？

1.はい・・・ そのとき異常はありましたか？ はい / いいえ

2.いいえ

○アレルギーがありますか？

1.はい 病名・・・

2.いいえ

○歯科治療は苦手ですか？

1. いいえ

2. 痛くなければ大丈夫

3. 極度に緊張する

○女性の方へ 現在妊娠中ですか？

1.はい 現在 週・予定日 月 日

2.いいえ

3.わからない

○どのような治療を希望されますか？

1.今痛んでる所だけなおしてほしい

2.悪いところはすべて治療したい

3.その他 ( )

○その他ご意見・ご希望がありましたらお聞かせください