

[フリガナ]

生 年 月 日

氏 名

大・昭・平 年 月 日生 [才] 男・女

住 所 〒 —

電話番号 — —

携帯番号 — —

来院希望日時

曜日: ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐日 時間帯: ☐午前 ☐午後 ☐夕方

当院を知った理由

☐看板 ☐広告 ☐ホームページ ☐評判を聞いて ☐近くを通過 ☐ご紹介 [紹介者: 様: ☐家族 ☐知人 ☐友人]

■ 該当する項目にチェックと必要事項をご記入下さい

- 01 本日はどうなさいましたか？
☐歯が痛い ☐虫歯がある ☐詰め物がとれた ☐歯が欠けた ☐健診
☐歯ぐきが[痛い・腫れている・うみが出る・血が出る] ☐口臭が気になる
☐入れ歯が合わない ☐あごが[痛い・音になる] ☐睡眠時無呼吸症候群
☐ホワイトニング相談 ☐歯のそうじ
☐歯並び相談(※チェックされた方は別紙もご記入下さい。)
☐その他[]
- 02 お困りのところは？
☐右上奥歯 ☐上の前歯 ☐左上奥歯
☐右下奥歯 ☐下の前歯 ☐左下奥歯 ☐その他[]
- 03 今回の治療は？
☐必要なところは全部治したい ☐症状のあるところだけ治したい ☐応急処置
- 04 治療に対するご希望は？
☐保険以外も説明してほしい ☐保険の範囲内で治したい
- 05 今までに歯科治療においての
問題点がありましたか？
☐ない
☐血が止まりにくかった ☐気分が悪くなった ☐治療後熱が出た ☐腫れた
☐麻酔が効きにくかった ☐その他[]
- 06 現在、治療中の病気はありますか？ ☐ない ☐ある[病 名:]
[病院名: 主治医: 先生]
- 07 いま飲んでいる薬はありますか？ ☐ない ☐ある[薬品名:]
- 08 過去に病気にかかったことが
ありますか？
☐ない
☐高血圧[/ mmHg] ☐糖尿病[/ HbA1c]
☐心臓病 ☐脳疾患 ☐血液疾患 ☐腎臓病 ☐骨粗しょう症 ☐ぜんそく
☐肝臓病[アルコール性肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他()]
☐ちくのう症 ☐胃腸疾患 ☐その他[]
- 09 薬やその他のアレルギーは
ありますか？
☐ない
☐薬[] ☐食品[]
☐金属 ☐花粉症 ☐アトピー性皮膚炎 ☐その他[]
- 10 喫煙されますか？
☐いいえ ☐はい [1日 本 / 喫煙歴 年]
- 11 女性のかたへ
妊娠の可能性はありますか？
☐ない
☐ある [妊娠 週] ☐授乳中 [生後 ヲ月]
- 12 当院へのご要望はありますか？
☐ない
☐怖がりなので注意してほしい ☐その他[]
- 13 歯の健康を維持するために、定期的な歯のクリーニングを希望されますか？ ☐はい ☐いいえ
- 14 明細書について ☐必要 ☐不要

ご記入ありがとうございました。

以上の事を考慮して、ご希望に沿うよう治療を行っていきます。

ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。



えぐさ歯科クリニック

EGUSA DENTAL CLINIC