

平成 年 月 日



元麻布ヒルズ
デンタルクリニック

ふりがな

お名前

生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日(才)

ご住所 〒

電話番号 ご自宅

-

-

携帯

-

-

メールアドレス

勤務先・学校名

電話番号

-

-

ご紹介者があればお書き下さい。

ご関係

ご来院された一番の目的は何ですか？	右上	上前	左上	①歯が痛い ②虫歯がある ③詰め物が取れた ④歯ぐきから血が出る ⑤歯がグラグラする ⑥歯が抜けた ⑦入れ歯を入れたい ⑧歯石を取りたい ⑨ホワイトニングしたい ⑩歯並びが気になる ⑪定期検診 ⑫インプラントの話が聞きたい ⑬その他()
	右下	下前	左下	
痛みのある場合、痛み方は				①少し痛い ②ズキズキ痛い ③前に痛んだことがある ④しみる(甘いもの・熱いもの・冷たいもの) ⑤咬むと痛い
以前に治療を歯の受けたのは				(年 月 前)
麻酔注射をしたことがありますか？				①ある ②ない
歯を抜いたことがありますか その時、異常がありましたか？				①ある (1)血が止まらなかった (2)ひどく腫れた (3)熱が出た (4)麻酔が効かなかった (5)貧血を起こした (6)意識を失った ②ない
過去に大きな病気をしたことがありますか？				①ある (1)肝炎 (2)心臓病 (3)糖尿病 (4)腎臓病 (5)高血圧 (6)ぜんそく (7)てんかん (8)脳卒中 (9)蓄膿症 (10)その他() ②ない
現在、他科の医院に通っていますか？				①はい(科)(病院名・主治医) (病名) ②いいえ
現在、服用している薬はありますか？				①はい(薬名)(いつから) ②いいえ
アレルギーがありますか？				①はい(薬や食べ物) ②いいえ
ご婦人の方へ				①妊娠中(月) ②婦人病()
当院にお見えになったのは				①ご紹介 ②電話帳 ③看板 ④ホームページ(検索用語を教えてください:) ⑤iタウンページ ⑥チラシ ⑦その他()
治療範囲のご希望				①悪いところは全部治したい ②今、痛んでいるところだけ治したい
治療時間と治療日数のご希望				①1回の治療時間を長く、短期間で(早く完治したい) ②時間がないので、治療時間は短時間にして欲しい ③治療日数に制限があるので医師とカウンセリングの上決めたい ④特に希望はない
治療に対するご希望				①保険の範囲内で治したい ②なるべく保険で、場合によっては保険外でも良い ③最も良い素材と方法で治してほしい
喫煙はなさいますか？				①はい 一日(本 箱) 喫煙歴(年) ②いいえ
その他ご希望・ご意見がございましたら ご記入下さい。				