



しめい  
氏名

男性 女性 年 月 日生 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_



( \_\_\_\_\_ )

会社・学校等

どうされました？

- 虫歯                      歯周病                      義歯をいれたい
- 抜歯                        何かはずれた              歯並び
- 検査してほしい      歯石                        その他( \_\_\_\_\_ )

現在痛みはありますか？

- ない    ある ( しみる 咬めない ずきずきする その他 )

全身状態はいかがですか？

- 異常なし 病院にかよっている ( \_\_\_\_\_ 科 )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

飲んでいる薬はありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

薬の副作用 アレルギー 特異体質はありますか？

- ない    ある ( \_\_\_\_\_ )

過去に病気になったことがありますか？

- 心臓疾患    糖尿病    肝臓疾患 ( B型肝炎    C型肝炎    その他 )
- 腎臓疾患    血液疾患    骨粗鬆症    喘息              てんかん症    高血圧
- 低血圧    貧血              その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在、妊娠中もしくは可能性がありますか？ ない ある ( \_\_\_\_\_ ヶ月 )

抜歯の経験はありますか？

- ない    ある 何か問題がありましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

診療についてのご希望は？

- 悪いところは治療したい    一部だけでよい
- 相談しながら治療したい    先生にまかせる

診療費については？

- 保険範囲内の治療              一部自費でもよい    相談して決めたい

当院をどのように知りましたか？

- 御紹介 ( \_\_\_\_\_ 様 ) ホームページ等    その他 ( \_\_\_\_\_ )