

姓 名	性別	生年月日
お名前	男・女	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
ご住所	〒	
ご職業	ご連絡先	
メールアドレス		

令和 月 日
°C

みんなの歯科医院にご来院ください、ありがとうございます。

①本日はどうされましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が欠けた | <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた | <input type="checkbox"/> 歯並び・噛み合わせ |
| <input type="checkbox"/> 定期検診 | <input type="checkbox"/> 歯がしみる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい |
| <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> くちがかわく | <input type="checkbox"/> 歯の色素沈着 | <input type="checkbox"/> ホワイトニング |
| <input type="checkbox"/> 歯石除去 | <input type="checkbox"/> 歯ぎしり | <input type="checkbox"/> 歯茎の出血・腫れ | <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |



右	左
---	---

②最後に歯科治療をされたのはいつですか？

()カ月前 • ()年()月頃

③こちらの歯科医院をお知りになったきっかけは何ですか？

友人知人の紹介(紹介者：) • ホームページを見て
看板を見て • パンフレットを見て • その他 ()

④これまでに大きな病気やケガはされましたか？(入院歴・手術歴など)

健康診断での異常も含めて教えて下さい。

糖尿病 高血圧 脳梗塞 心臓の病気 肝臓の病気 腎臓の病気
ぜんそく 血液の病気 甲状腺異常 更年期障害 けいれん その他 ()
手術歴など

⑤現在飲まれているお薬についてお知らせください。

※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出してください。

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？ はい・いいえ

お薬：	イソジン	アルコール
食べ物：	金属	その他

⑦歯科治療で麻酔をされたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」と答えた方、その際に異変がありましたら下に状況をお書きください。

⑧歯の治療についてのご希望についてお伺いします。

- できるだけ痛みのないようにしてほしい。
- しっかり説明をしてほしい。
- 悪いところは全部治したい。
- とりあえず今の症状をとってほしい。
- 自分に合った良い治療をしてほしい。

⑨普段どのようなケア用品をお使いですか？