

ご記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日 昭和・平成・令和		
お名前	男・女	年 月 日 (歳)	
住所 〒			
連絡先	緊急時やご予約の確認などで使用させていただくこともあります。		
勤務先・学校名			
通院に便利な曜日と時間帯	月・火・水・木・金・土・日 / 午前・午後・18時～ <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 日によって違う		
マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証利用)による情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</small>		
患者様の診療データの取り扱いについて	患者様により良い治療を提供するため、患者様の診療データ(口腔内写真やレントゲン写真など)を研究や学会発表等に使用させていただくことに同意いただけますか？ (個人を特定できる情報は使用しません) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
当院をお選びいただいた理由をお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> 外看板をみて <input type="checkbox"/> 公式ホームページ <input type="checkbox"/> 公式Instagram <input type="checkbox"/> 公式LINE <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> 東京ドクターズ <input type="checkbox"/> グーグルマップ <input type="checkbox"/> 知人・他院の紹介 (ご紹介者様のお名前)		

本日はいかがなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・出血する <input type="checkbox"/> 歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 義歯の破損	<input type="checkbox"/> 歯を清掃したい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた・欠けた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 詰め物を白くしたい <input type="checkbox"/> 義歯の噛み合わせが悪い	<input type="checkbox"/> 口の中に何かできた <input type="checkbox"/> 噛み合わせが悪い <input type="checkbox"/> その他
不調や気になる部位を教えてください。またいつ頃からですか？	右上 左上 右下 左下 <input type="checkbox"/> 特になし	上前 下前	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 1か月以上前から
痛み止めを服用されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ？ 薬品名 ()		
今後の治療について	<input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけを治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい		
治療費について	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 自費治療も含めて検討して最善の治療方法で治したい		
治療期間について	<input type="checkbox"/> 1回あたりの治療時間を短くしたい <input type="checkbox"/> 1回あたりの治療時間を長くして回数を減らしたい <input type="checkbox"/> 治療期間限定 (年 月 日 までに治したい)		

裏面も記入ご記入ください



より良い治療を行うために、続けてご記入ください

以前に歯科の治療を受けたのはいつですか？	() 日 ・ か月 ・ 年 / 前 治療内容 (虫歯治療 ・ クリーニング ・ 検診 ・ その他)	
歯を磨くのはいつですか？	朝 ・ 昼 ・ 夜 () 回 / 1日	
現在通院中の病院、または服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 病名： 病院名： 薬剤名： お薬手帳や服用薬一覧表をお持ちでしたらコピーを取らせていただきます
内科的な病歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他
薬や食べ物などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 具体的にご記入ください
麻酔をしての手術や抜歯の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある その時に気分が悪くなったり異常反応がありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
血が止まりにくくなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある どんな時にどのように対応したか具体的にご記入ください
輸血を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある いつ頃ですか？
喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> する 一日あたり () 本
女性の方へ 妊娠・授乳について	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠 () か月 出産予定日 月 日 <input type="checkbox"/> 産後 () か月 授乳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他伝えたいことがありましたら ご記入ください		

ご記入いただきありがとうございます