

フリガナ		大正・昭和・平成・令和	年齢	性別
氏名		年 月 日生	歳	男・女
住所	〒 -	TEL () -		
		携帯 () -		
		e-mail		
勤務先名		TEL () -		

当院ではあなたの健康保持のお役に立ちたいため、次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。
なお、この調査事項は医学上の事柄ですので、プライバシーは厳守いたします。

■ 今日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> () が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 気になることがある <input type="checkbox"/> かけた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯の相談をしたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 検診用紙をもらった <input type="checkbox"/> その他 ()
■ 既往歴または 現在治療中の病気は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 過去にあった <input type="checkbox"/> 心臓病 () / <input type="checkbox"/> ペースメーカー使用中 <input type="checkbox"/> 肝臓病 () / <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 () / <input type="checkbox"/> 人工透析中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 HbA1c () <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()
■ 現在服用中の薬や 注射などはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ※分かる方だけで構いません。
■ 薬の服用後に体調が悪く なったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
■ アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある / <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 その他 ()
■ 歯科治療中に異常を 感じたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある / <input type="checkbox"/> 麻酔中 <input type="checkbox"/> 抜歯中 <input type="checkbox"/> その他 ()
■ 治療完了日のご希望は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (月 日までに) ※理由: <input type="checkbox"/> 結婚式 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 引っ越し <input type="checkbox"/> その他 ()
■ 治療をしていく上で ご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 調子が悪いところのみ治したい <input type="checkbox"/> 治療方法、回数などの説明を聞きたい (カウンセリング) <input type="checkbox"/> 自費診療を取り入れたい
■ タバコは吸われますか	<input type="checkbox"/> 現在吸っている (1日約 本 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙予定あり <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた (1日約 本 年間)
■ 女性の方にお尋ねします。 現在、妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 妊娠 (月 / 出産予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
■ 当院をどのように 知っていただけましたか	<input type="checkbox"/> ご紹介 (家族 ・ ご友人 様) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

その他治療に関するご要望があればご記入ください