

ふりがな	生年月日
氏名 (男・女)	大・明・昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	☎ ※連絡付きやすい番号でおねがいします
勤務先	☎

あなたの希望と今後の診療の参考にするため、該当する箇所には☑を記入してください。

<p>1. 当院は初めてですか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ [頃]</p> <p><input type="checkbox"/>紹介 当院にかかられている方や他の医院から [紹介元:]</p> <p><input type="checkbox"/>自宅・職場が近所にある <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>ホームページ</p> <p>2. どうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛い</p> <p><input type="checkbox"/>歯茎が痛い、血が出る、腫れた</p> <p><input type="checkbox"/>詰め物がとれた</p> <p><input type="checkbox"/>入れ歯 入れたい/具合が悪い/壊れた/作り直したい</p> <p><input type="checkbox"/>歯の汚れ、歯石や着色をとってほしい</p> <p><input type="checkbox"/>ホワイトニングをしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>インプラントの相談</p> <p><input type="checkbox"/>検診してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>3. どのあたりですか？</p> <p>右上 上前 左上 右下 下前 左下</p> <p>4. いつからですか？ (○をつけてください)</p> <p>【・今日 ・昨日 ・ _____ 前から ・時々】</p> <p>5. 今までにかかった病気はありますか？</p> <p>※歯科処置は出血を伴います。お体のために思い当たる事項は必ず記入をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>心臓病・ペースメーカー・肝臓病・肝炎 [型]</p> <p><input type="checkbox"/>腎臓病・胃・糖尿病・脳卒中・ガン・高血圧</p> <p><input type="checkbox"/>喘息・てんかん・甲状腺・アレルギー・骨粗鬆症</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>6. 現在どこかの病院にかかられていますか？ また、薬の処方や点滴をうけていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>現在通院している <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>どこ？→内科・外科・脳神経科・産婦人科・ その他 [科]</p> <p><input type="checkbox"/>薬の処方や点滴→<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>7. あなたの体の状態は？</p> <p><input type="checkbox"/>異常はない</p> <p><input type="checkbox"/>血液凝固剤処方されている</p> <p><input type="checkbox"/>骨粗鬆症の点滴をうけている</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠中 [月] ・授乳中 ・妊活中</p> <p><input type="checkbox"/>飲食・花粉によるアレルギー・蕁麻疹 []</p> <p><input type="checkbox"/>嘔吐しやすい</p> <p><input type="checkbox"/>めまい、貧血をおこしやすい</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>8. 今までに歯を抜いた後に異常がありましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>歯を抜いたことがない</p> <p><input type="checkbox"/>気分が悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/>何日も痛みが続いた</p> <p><input type="checkbox"/>血が止まりにくかった</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>9. この機会に・・・</p> <p><input type="checkbox"/>今回は気になっている所だけ</p> <p><input type="checkbox"/>悪い所は全て治したい</p> <p><input type="checkbox"/>相談の上、決めていきたい</p> <p>10. 診療についてのご希望は</p> <p><input type="checkbox"/>あまり説明はிரらない</p> <p><input type="checkbox"/>回数はかかってもよいので一回の診療を短時間にしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>一回の診療は長くてもよいので来院回数を減らしたい</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>11. 費用についてのご希望は</p> <p><input type="checkbox"/>保険の範囲内で</p> <p><input type="checkbox"/>なるべく保険の範囲内を希望するが、必要であれば自費治療を含んだ治療方法の説明を受けた上で選択したい</p> <p><input type="checkbox"/>自費治療でもよいので、よいものでやってほしい</p>
--	--