

ふりがな	生年月日 明 大 昭 平		
お名前	年 月 日 ( 歳)		
ご住所	〒	-	ご職業
			電 話 ( ) -
			携帯電話 - -
			メールアドレス @
緊急連絡先又はご勤務先			電 話 ( ) -
当院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他( )		
当院を知っていただいたきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介( )様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他( )		

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯がしみる時がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> あごが痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他( )									
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から・( )日前から) <input type="checkbox"/> ない どこが痛みますか？ <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 歯ぐき</td> <td><input type="checkbox"/> あごの関節</td> </tr> <tr> <td>右上</td> <td>前上</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>前下</td> <td>左下</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> あごの関節	右上	前上	左上	右下	前下	左下
<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> あごの関節										
右上	前上	左上										
右下	前下	左下										
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他( )											
4 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 食べ物( ) <input type="checkbox"/> その他( )											
5 現在服用中の薬は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類( ) * 骨粗鬆症の薬を服用中である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> その他( )											
7 喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 本/日) <input type="checkbox"/> 過去にあり											
8 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名 科)(病名 )											
9 現在、妊娠していますか？ 出産の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
10 治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数がかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい											
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 白くきれいで自然な物を使いたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明してほしい											
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください												

♥ 前もって口紅の拭き取りをお願い致します。パウダールームにクレンジング剤の準備がございます。・



佐藤歯科クリニック

～名古屋市浄心 歯の健康と歯ならびのクリニック～