

| | | | |
|-----------------|--|---------|-------|
| 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 style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">歯</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">歯ぐき</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">あごの関節</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table> | | | 歯 | 歯ぐき | あごの関節 | 右上 | 前上 | 左上 | 右下 | 前下 | 左下 |
| 歯 | 歯ぐき | 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～