



ふりがな ご氏名	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
性別 男女	
ご住所 〒	自宅 () 勤務先 ()
職業 <input type="checkbox"/> 経営者・役員 <input type="checkbox"/> 会社員(総合職) <input type="checkbox"/> 会社員(一般職) <input type="checkbox"/> 契約社員・派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 公務員(教職員除く) <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 自営業・自由業 <input type="checkbox"/> 士業(公認会計士・弁護士・税理士・司法書士) <input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 大学生・大学院生 <input type="checkbox"/> 専門学校生・短大生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> その他()	携帯 () e-mail @
勤務先	ご紹介者 様(続柄)
当院をどのようにお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネットを見て(検索ワード(複数可)) <input type="checkbox"/> その他()	

★次の質問は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、お手数ですができるだけ正確に記入して下さい。

- 1) 今日はどのようなことで来院されましたか いちばん気になっていることを教えてください
- 2) それについて困っていることを教えてください

他にご希望がありましたら教えてください

- 3) 他に気になっていることはありますか
 むし歯がある 歯ぐきから血が出る 歯がグラつく しみるところがある
 口臭が気になる 入れ歯を入れたい よく噛めない 歯の見ため
 その他()
- 4) 治療についてのご希望はありますか
 気になっているところだけを治してほしい 全体を診てほしい
 月 日までに治療を終えてほしい
 極端に怖がりなので注意してほしい その他()
- 5) 通院するにあたって、曜日や時間帯にご希望がありますか。あればご記入お願いいたします。
 ある() ない

健康状態をお聞きします

- 6) からだの病気はありますか(治療したものを含め)
 ある ・心臓病 ・脳卒中(脳梗塞、脳出血など) ・高血圧(/ mmHg)
 ・糖尿病(HbA1c %) ・肝臓病(肝炎A型、B型、C型など) ・結核
 ・その他() かかりつけ医【
 ない
- 7) ご家族で上記の病気にかかったことはありますか
 ある() ない

- 8) 特異体質（アレルギー）などはありますか
 ある ・じんま疹 ・かぶれやすい ・ぜんそく ・花粉症 ・その他（ ） ない
- 9) ふだん薬を飲んでいますか
 飲んで（薬品名： ） 飲んでいない
- 10) 薬でアレルギーが出たことがありますか
 ある（薬品名： ） ない
- 11) 歯科で麻酔をしたとき、異常はありませんでしたか
 ある（ ） ない

生活環境・生活習慣についてお聞きします

- 12) ご自身を含めて、同居している家族は何人ですか
 父 母 兄弟姉妹 子供 祖父 祖母 配偶者 ひとり暮らし（計 人）
- 13) 女性の方に
 生理中 妊娠中（ ヶ月） 授乳中
- 14) 歯みがきは1日 回、起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前 に 分ぐらいしている
- 15) デンタルフロスや歯間ブラシを使っていますか
 使っている ・デンタルフロス ・歯間ブラシ 使っていない
- 16) タバコは吸いますか
 吸わない 吸う 約 年前から、現在1日 本くらい
 以前は吸っていた（現在は吸わない） 約 年前から 年まで。1日 本くらい
- 17) お酒は飲みますか
 飲む ・週1回程度 ・週2～4回 ・ほぼ毎日 飲まない
- 18) 菓子類や甘い飲み物をとりますか
 とる ・週1回程度 ・週3回以上 ・ほぼ毎日 とらない

予約前日に確認のショートメールをお送りしてよろしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
むし歯になるリスクを知るためのだ液検査に興味ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

歯科の治療には色々な選択肢があります。下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。できる限り要望にお応えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をお付け下さい。

A 美しさ	きれいな歯並びや白い自然な歯。義歯とわからない歯	順位	記号
B 安全性	金属アレルギーや歯ぐきの変化・院内感染対策	1位 ⇒	<input type="text"/>
C 丈夫さ	修復した歯がながくもつ。壊れない。外れない。	2位 ⇒	<input type="text"/>
D 予防	むし歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ。	3位 ⇒	<input type="text"/>
E 時間	とにかく早く終わりたい	4位 ⇒	<input type="text"/>
F 費用		5位 ⇒	<input type="text"/>
		6位 ⇒	<input type="text"/>

その他ご希望などありましたらお書きください

★お願い…疲労、発熱、頭痛、吐き気、睡眠不足など、体の不調な日は、必ず診療前に医師にお申し出下さい。
 ご記入ありがとうございました。