

(プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください)

フリガナ
氏 名
住 所 〒
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)
自宅電話番号 ()
携帯電話番号 - -
勤務先又は職業
勤務先電話番号 ()
メールアドレス
ご紹介者

5、今まで麻酔をして気分が悪くなった事がありますか
 ある 特にない

6、傷が治りにくいことや血が止まりにくいことはありますか
 はい いいえ

7、治療についてお尋ねします(複数回答可)
 悪いところはすべて治してほしい
 痛いところのみ治療して欲しい
 多少費用が掛かっても現時点での最良の方法と材料で治してほしい
 保険のきく範囲で治療して欲しい
 保険外診療の説明も聞きたい
 先生と相談して決めたい

8、ぜひ説明を聞いてみたいというものはありますか(複数回答可)

- 金属のかぶせ物から白いかぶせ物に変えることはできるのか
- 歯そう膿漏 インプラント
- 入れ歯以外の治療法 歯列矯正
- 歯の磨き方 歯ブラシやその他の道具
- 噛み合わせや歯並び、顎の具合
- 自分の歯をもっと白くする治療

9、直近 1 年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか

- 受けていない 受けた(いつ頃: 年 月頃)(健診名:)

10、現在、他の医療機関から処方された薬などを服用または注射していますか

- 服用・注射していない 服用・注射している(薬剤名:)
- (用量:) (投薬期間: 年 月頃)

11、現在、他の医療機関に通院されていますか

- いいえ はい(医療機関名:)
- (受診日: 年 月頃)(治療内容:)

1、どうなさいましたか

- 痛い(場所) しみる(場所)
- 腫れている(場所)
- うみがでる(場所) 血が出る(場所)
- 詰め物がはずれた(場所)
- 入れ歯の具合 あごの痛み 歯石 口内炎
- 検診 口臭 乾く その他()

2、今までかかれた病気はありますか

- はい いいえ
- 心臓病() 肝臓病()
- 血圧(/ mmHg)
- 腎臓病() 糖尿病()
- ぜんそく() 脳疾患()
- 骨粗しょう症()
- その他()
- (いつ頃: 年 月頃)(治療内容:)

3、アレルギーについて

- 特にない
- 薬 () 食べ物()
- 金属 () その他()

4、女性の方にお尋ねいたします。

現在妊娠していますか

- はい(ヶ月) いいえ わからない
- 出産後(ヶ月)

裏面もご記入お願いします。

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

●どのようにして当院をお知りになりましたか？

家族・親族から聞いた 友人・知人から聞いた 職場・学校・幼稚園・保育園で聞いた
お店(美容院、飲食店等)で聞いた 医療機関からの紹介 ホームページを見た
インターネットの情報で タウンページを見た 駅の看板を見た 道の看板を見た
自宅、実家が近所だから 職場が近所だから 通りがかり その他()

●今まで歯科医院で嫌な思いをしたことがあれば教えてください(複数回答可)

痛かった 受付、電話対応が悪かった 麻酔が効かなかった 先生が怖かった
詳しい説明をしてくれなかった 希望の予約が取りにくかった 待つ時間が長かった
特にない その他()

●通院希望の曜日、時間などがありましたらお知らせください

特にない ()曜日()時ころ

●歯科治療をするにあたり希望される事や先生に話しておきたい事などありましたらご記入ください。

【医療発展の為、症例同意のご協力】

医療水準の向上・医療者の育成などの目的で症例報告の場(症例検討会や学会、医学雑誌、Web)や形(口頭、文章)、診療情報の利用を、個人を特定されない形にすること(個人情報保護の方法)を条件に診療情報を症例報告へ用いることに同意します。

年 月 日 ご署名