

(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	性 別	生年月日
氏 名	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒	自宅電話 () 携帯電話 - - 緊急連絡先 ()	
勤務先又は職業	勤務先電話 ()	
メールアドレス	ご紹介者	

1、どうなさいましたか

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い (場所) | <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合 |
| <input type="checkbox"/> 歯がしみる (場所) | <input type="checkbox"/> あごの痛み |
| <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた (場所) | <input type="checkbox"/> 歯石 |
| <input type="checkbox"/> うみがでる (場所) | <input type="checkbox"/> 口内炎 |
| <input type="checkbox"/> 血が出る (場所) | <input type="checkbox"/> 検診 |
| <input type="checkbox"/> 詰め物がはずれた (場所) | <input type="checkbox"/> 口臭 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 口が乾く |

2、今までかかれた病気はありますか

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 血圧 (/ mmHg) |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 () | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 () |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく () | <input type="checkbox"/> 脳こうそく () |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

(医療機関名：) (治療内容：)

3、アレルギーについて

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> 薬 () | <input type="checkbox"/> 食べ物 () |
| <input type="checkbox"/> 金属 () | <input type="checkbox"/> その他 () | |

4、今まで麻酔をして気分が悪くなった事がありますか

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 特にない |
|-----------------------------|-------------------------------|

