

記入年月日： 年 月 日

より良い治療を受けていただくために大切なことですので、できるだけ正確にご記入ください。

ふりがな	
患者さまのお名前 _____ (男・女)	
生年月日： 年 月 日 (歳 ヶ月)	
ご住所： 〒 _____	

ご連絡先： 自宅 _____ ()	
携帯 _____ ()	
メンテナンスをメール(SMS)でお届けします	
<input type="checkbox"/> 配信を希望します	
携帯番号(_____ - _____)	
受付記入欄 <input type="checkbox"/>	

当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 家族が通院中(_____ 様) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(_____ 様) <input type="checkbox"/> ホームページ…検索ワード _____ <input type="checkbox"/> その他(_____)
同居している 12 歳以下の子供	<input type="checkbox"/> _____ 人 (子どもさんの年齢 _____ 、 _____ 歳)
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 集団検診で受診を勧められた <input type="checkbox"/> その他(_____)
現在、痛むところはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 今日から・昨夜から・(_____)日前から
歯科に行かれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある (医院名： _____) ※転院して来られた理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 今までの歯科で不満があった (<input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 治療に不満 <input type="checkbox"/> 説明不足) <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)
今、飲んでいるお薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____) ※ある方はお薬手帳をお出してください。
次の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・あった⇒ 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓病・ぜんそく 鼻炎・てんかん・その他(_____)
入院や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (_____)歳のとき(病名： _____)

ご記入ありがとうございました。