

カルテ No:

記入年月日: 令和 7 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。

フリガナ 患者さまのお名前 _____ (男・女) 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月) ご住所: 〒 _____ - _____ _____		メンテナンスをメール(SMS)でお届けします ☐ 配信を希望します 携帯番号(_____ - _____) ☐ 受付記入欄	
当院をお知りになったのは?	☐ 家族が通院中(_____ 様) ☐ 知人からの紹介(_____ 様) ☐ ホームページ...検索ワード _____ ☐ その他(_____)		
同居している 12 歳以下の子供	☐ いる _____ 人 ☐ いない (子どもさんの年齢 _____ 、 _____ 、 _____ 歳)		
どうされましたか?			
現在の歯並びに不満はありますか?	☐ ない ☐ ある (_____)		
歯科に行かれたことはありますか?	☐ ない ☐ わからない ☐ ある (医院名: _____) 最後にいつ行かれたか? (_____) ※転院して来られた理由を教えてください。 ☐ 今までの歯科で不満があった (☐ 怖がり ☐ 治療に不満 ☐ 説明不足) ☐ その他(_____)		
アレルギーはありますか?	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ (_____)		
今、飲んでいるお薬は?	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ (_____) ※ある方はお薬手帳をお出しください。		
次の病気はありますか?	☐ ない ☐ ある・あった⇒ 心臓疾患・糖尿病・高血圧 肝炎(B型,C型)・鼻炎・てんかん・その他(_____)		
入院や手術の経験はありますか?	☐ ない ☐ わからない ☐ ある ⇒ (_____) 歳のとき(病名: _____)		

ご記入ありがとうございました。