



ふりがな

患者氏名： _____ 性別：男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日 年齢： ____歳

ご住所：〒 _____

お電話： _____ () _____

Eメール： _____



※以下の質問は診療を行っていく上で大切な参考資料となります。
 プライバシーは厳守致しますので、できるだけ正確にご記入ください。
 該当する項目の□にチェック、もしくはご記入をお願いいたします。



- 当院をどのようにして知りましたか？（複数回答 可）
近い 紹介（ _____ 様） ホームページ その他（ _____ ）
- 来院された理由（複数回答 可）
検診 虫歯の治療 歯の痛み 歯ぐきの痛み 詰め物が取れた
歯石取り 歯を入れたい 入れ歯が合わない 歯並び ホワイトニング
インプラント その他（ _____ ）
- （痛みがある方）痛いのはどこですか？
右上奥 上の前歯 左上奥 右下奥 下の前歯 左下奥
頬 舌 唇 顔 その他（ _____ ）
- （痛みがある方）痛みはいつからですか？
今日初めて （ _____ ）日前 ずっと前から 時々 その他（ _____ ）
- お口以外の健康状態はどうですか？
良好 普通 調子が悪い（具体的に _____ ）
- 最後に歯科にかかれたのはいつですか？（ _____ 年 _____ 月頃）
- 歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ はい（異常あり・なし） いいえ
- 歯科治療で歯を抜いたことがありますか？ はい（異常あり・なし） いいえ
- （女性の方）妊娠していますか？
いいえ 可能性はある はい（ _____ ヶ月）→（ _____ 産婦人科）
- （女性の方）授乳中ですか？ いいえ はい
- 治療についてご希望がありますか？（複数回答 可）
痛いところ、困っているところだけ治療してほしい
この機会に、治療の必要があるところは全部治してほしい
1回の治療時間を短く期間は問わない
1回の治療に時間をかけて期間を短くしてほしい
保険の範囲で治してほしい
なるべく保険で、保険のきかないところは自費治療の話聞いて検討してみたい
その他（ _____ ）
- ドクターの希望はありますか？
男性ドクター（院長）希望 女性ドクター（副院長）希望 どちらでもよい
- その他、聞きたいことがありましたら、ご記入ください。
 （ _____ ）