記入日:令和	<i></i>	
DL/\		

フリ お 1	フリガナ お名前: <u>生年月日: (大・昭・平・令)</u>	年	月	日			
<u>= 1</u>	<u>ご 住 所: (〒 </u>						
<u>携帯</u>	携帯番号: (自宅)						
<u></u>	メールアドレス:						
ご職	ご職業:						
\$ \$		いつ頃:)			
\$		3. つめたもの	がとれた				
	4. 虫歯を治したい 5. 入れ歯が合わない	6. 入れ歯を	入れたい				
	7. 歯石を取りたい 8. 歯並びを治したい	9. 検診希望					
	全身状態について						
	□ 糖尿病 □ 高血圧 □ 呼吸器疾患 □ 心血管疾患 □ 肝炎						
問診	問 ロ その他 () 診						
ш	現在、他の医療機関から処方された薬を服用していますか? ない・	ある					
	(薬剤名: 服用期間:)			
	- 1 日の歯磨きの回数 (回)						
生	・歯磨きの時間 □起床後 □朝食後 □昼食後 □	□夕食後	□就寝前				
活習	活 ・習慣的飲料 ロ炭酸飲料 ロジュース 口その他(習)			
生活習慣の状況	慣 ・間食のとり方 ロしない ロ規則正しい ロ不規則 の ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	- 4. 1					
状況	状 ・清掃器具の使用 口歯ブラシ ロフロス 口歯間ブラシ 況 ロボリノ ロボリノ						
	** ・ 喫煙習慣 ロなし ロあり(mm/1日 本)[・ 睡眠時間 (~ 時間)	□過去にあり					
	◆ 今まで歯科医院で歯の周りに麻酔をしたことがありますか? ない · a	<u></u> ある					
	麻酔をして具合が悪くなったことはありますか? ない ・ ある						
\$	◇ 以前、抜歯をしたときの状況についてお聞かせ下さい (いつ頃:)					
	その時に何か異常はありましたか? ない ・ ある						
	異常のあった方 → 血が止まらなかった ・ 気分が悪くなった ・ 何日も∜	異常のあった方 → 血が止まらなかった ・ 気分が悪くなった ・ 何日も痛みが続いた ・ 発熱した					
	あった方 → (薬剤名:						
	副作用 → 発疹 ・ かゆみ ・ 胃痛 ・ 下痢 ・ その他(

NO.

	他にアレルギーはありますか?	ない・ ある		
	ダニ ・ 花粉 ・ 金属 ・ :	食品 ・ その他 (具体的	りに:)
	直近1年間で健診(特定健診や高	齢者健診等)を受診されまし <i>た</i>	とか? 受診していない・受診	した
	(健診名:)		
	これまでに入院するような大きな	病気にかかったことはあります	ナか? ない ・ ある	
	(病名:	いつ頃:	病院名:	
	現在、妊娠していますか?(妊娠	中の場合、歯科診療できない場	易合があります)	
	いいえ・ はい(週)	授乳中		
	来院される時間は何時頃がいいで	すか? (午前 - 午後	時頃)	
	当院をどのように知りましたか?			
	ご紹介(様) ・ インターネット ・	・その他()

)

当院がマイナ保険証により、診療情報(受診歴・健診歴・服薬情報等)を取得することに同意 しましたか? はい ・ いいえ

<u>当院は患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。</u> 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

以下、当院のキャンセルポリシーをご一読のうえご署名いただきますようお願いいたします

当院のキャンセルポリシー

- ◇ 当院は予約制です
- ◆ 当日キャンセル・無断キャンセルはどうかご遠慮ください

- ◇ 予約制のため、その時間に他の患者さんをお断りしていることをご理解ください
- ◆ 10 分以上遅刻された場合は予約の取り直しをお願いする場合がございます

年 月 日