すべての項目にご記入お願いします。ご不明点は受付スタッフまでお申し付けください。
初診は１時間ほどの予定ですが何時までに出たい等ご希望があればお申し付けください。

ふりがな
お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　生年月日　　年　　月　　日　（　　）歳
ご住所　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご職業（学生の場合は学年）　　携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　上記がつながらない場合の緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族の携帯番号・自宅電話・職場・その他　（〇をおつけください）

家族構成　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（お子様は年齢もご記入ください）

・本日はどうされましたか。（〇をおつけください）
・矯正相談・インプラントの相談・噛み合わせが気になる・セカンドオピニオン
・歯が痛い、しみる　・出血や腫れ　・詰め物が取れた　・顎の症状　・義歯の不具合
・検診・クリーニング希望・歯の色が気になる・ホワイトニング相談・銀歯のやり替え
・その他(　　)

・主訴（気になる）部位や症状（いつから、どのように）があれば教えてください。
部位（　　）　いつから（　　）
症状（　　）　どのように（　　）

・当院をどのようにお知りになりましたか。（〇をおつけください 複数可）
家族・知人の紹介(ご紹介者名　　様：ご関係　　)　SNS（インスタグラムなど）
ホームページ（どこを見て：　　）
以前通っていた　看板(看板の場所:　　)　通りがかり　その他(　　)

・最後に歯科にかかったのはいつ頃ですか。（〇をおつけください）
（最近・１年以内・数年前・何年前か分からない）まで（治療途中・治療完了・定期健診を受けていた）
差支えなければ以前通われていた歯科医院名を教えてください(　　)

・お口のお手入れについて（〇をおつけください）
歯ブラシ指導を受けられたことはありますか？　はい　いいえ
今まで定期検診（定期的な歯のクリーニング）に通われていたことはございますか？　はい　いいえ
歯ブラシ以外の掃除用品お使いですか。歯ブラシのみ　歯間ブラシ　フロス　その他
砂糖の含まれた食品（飲み物も）をよくお召しになりますか？　ほぼ毎日　週数回　ほとんどない
→どのようなものをお召しになりますか（　　）

・お煙草はお吸いになりますか？　いいえ　はい（１日　　本）
・好きな食べ物は何ですか？（　　）
・趣味は何ですか？（　　）＊患者指導で参考にする場合があるため

・女性の方にお尋ねします。
妊娠中ですか　いいえ　はい（　　ヶ月）　わからない
現在授乳中ですか　いいえ　はい（産後　　ヶ月）

・小さなお子様がみえる方へ　当院は託児を行っておりますのでお気軽にお申し付けください。
希望しない　希望する(　　歳)

お手数ですが裏面もお書きください

・今まで歯科治療で異常やご不満があったことはございますか。(○をおつけください)

ない　麻酔で気分が悪くなった　血が止まりにくかった　アレルギー(　　)

治療技術が悪い　説明不足　痛い　その他（　　）

・現在または以前に病気はありませんか。(○をおつけください)

ない　現在治療中　　以前（約　　前）

糖尿病（　　HbA1c)　心臓　胃腸　脳梗塞　貧血　肝炎　リウマチ

高血圧(最高　　／最低　　)　ぜんそく　骨粗鬆症　その他(　　)

・扁桃腺や鼻腔の手術をしたことがありますか。(○をおつけください)　（　はい　・　いいえ　）

・ピロリ菌の感染歴やご家族に感染された経験はありますか（　はい　・　いいえ　）

・現在飲んでいるお薬はございますか。(○をおつけください)

ない　降圧薬　糖尿病薬　抗擬固薬(血液サラサラにする薬)　骨粗鬆症薬

その他（　　）

※ある方は受付にお薬手帳又はお薬の情報が書いてある紙を受付にお出しください。

・通えない曜日や時間帯があれば教えてください。(必ずご記入ください)

月　火　水　金　土　　AM　PM　(　　)時ごろ　特になし

通いやすい曜日や時間帯があれば教えてください。

月　火　水　金　土　　AM　PM　(　　)時ごろ　いつでも

お電話が繋がりやすい時間帯があれば教えてください。

いつでも　AM　PM　（　　）時ごろ

・治療に対するご要望（必ずご記入ください）

1）治療の質について

・保険の範囲の最低限の治療でいいので詳しい説明はいらない

・自由診療も含めて良い治療を相談して決めたい

2）治療期間について

・今悪い所だけ治療してできるだけ早く終わりたい。

・できるだけ将来も悪くならないように全体的に治療してほしい

3）予防メンテナンス（3ヶ月ごとの定期検診とクリーニング）について

・治療後はメンテナンスに通えない　(理由　　)

・治療後も健康な状態が続くよう予防メンテナンスも受けたい

その他ご要望があればお書きください。

（　　）

以下のことにご了承いただいた方はチェックをおつけください

□ 当院はお口全体を考えた治療と予防の歯科医院ですので、初診時はレントゲン、歯周病検査等で全体的にお調べし、現在の状態説明とこれからの治療説明をメインにさせていただいております。

□ 応急処置以外（クリーニングや痛みのない箇所）は原則後日お時間をとってさせていただいております。

じっくり丁寧な診療を行いたいためご理解のほどよろしくお願い致します。

ご不明点があればお気軽に受付にお申し付けください。ご協力ありがとうございました。