



初診申込用紙

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
ご住所	〒		
TEL	携帯：	ご自宅：	
勤務先		ご職業	
<input checked="" type="checkbox"/> 当院に来院中のご家族 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (お名前：)			

当院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。下記質問へのご回答をお願いいたします。

Q1 本日はどうされましたか？症状はいつからありますか？

Q2 最後に歯科治療を受けられたのはいつですか？

当院 他院 (_____ 頃) 治療内容 (_____)

Q3 過去に治療された、もしくは、現在治療中の病気について (歯以外)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 過去1年以内に入院もしくは手術をしている |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> がん |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 認知症 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 (B型肝炎、C型肝炎、肝硬変、その他) | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

Q4 現在服用中の薬はありますか？

- ない
- ある：おくすり手帳があればコピーをとらせていただきます。
(薬品名： _____)
(通院中の病院名： _____)

Q5 アレルギーはありますか？

- ない
- ある (薬： _____ 、金属、食べ物： _____ 、その他： _____)

Q6 ペースメーカーなど体内に埋め込んでいるものはありますか？

- ない
- ある (_____)

裏面につづく

Q7 お身体の状態について

- 食べるときにむせることがある
- 歯科治療の際に麻酔をしたことがある → その際に気分が悪くなったことがありますか？ いいえ はい
- 歯科治療の際に麻酔以外で気分が悪くなったことがある
- けがをした時に血がとまりにくかったことがある

Q8 女性の方へ（該当しなければ空白で構いません）

- 現在妊娠中である（ _____ 週目） 妊娠の可能性がある 授乳中

Q9 お子さまの託児を希望されますか？

- いいえ はい（ 男の子・女の子 お名前： _____ ）

Q10 タバコは吸いますか？

- いいえ はい（ 紙タバコ・電子タバコ 1日 _____ 本）
- 過去に吸っていた（ _____ 年前）

Q11 歯磨きについて

- 1日 _____ 回（ 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・その他： _____ ）
- 歯ブラシ以外に使うものはありますか？ いいえ はい（ 使っているもの： _____ ）
- 歯磨き粉は なし あり（ 商品名： _____ ）
- 歯ブラシを変える頻度 1ヶ月 その他（ _____ 週間、 _____ ヶ月）

Q12 習慣的飲料物がありますか？

- なし あり（ 水・お茶・ジュース・牛乳・スポーツドリンク・乳酸飲料・お酒・コーヒー・紅茶
その他： _____ ）

Q13 間食はしますか？

- いいえ はい（ 1日 _____ 回）、時間を（ 決めている・決めていない）
- （ どのようなものを食べるか具体的にご記入ください。 _____ ）

Q14 治療のご希望について

- 悪いところは全部治したい
- 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- 定期健診、クリーニングなどもしていきたい
- できるだけ保険を使った治療を希望
- 自費治療も含めて最善の治療法の説明を受けた上で決めたい

■ よろしければ当院にお見えになった理由をお聞かせください。

- インターネット ご家族の紹介（ _____ ） 知人の紹介（ _____ ）
- 他院の紹介（ _____ ） 自宅、職場に近いから その他（ _____ ）

■ その他ご要望などあればお聞かせください。