



フリガナ		男 女	生年月日	大正			
お名前				昭和	年	月	日
ご住所	〒		自宅電話	()	-		
			携帯電話	()	-		
勤務先			ご職業				

お手数ですが該当する箇所の にチェックを付けてお答えください

どうなさいましたか？ (複数可)

- 歯が痛い 歯に穴があいた 詰めものがとれた
- 歯ぐきが腫れた・痛い 歯がグラグラ
- 検診希望 歯のクリーニング希望
- しみる 口臭 歯の色が気になる
- 入れ歯が痛い・合わない・新しくしたい
- 親知らずが腫れた・痛い・抜きたい
- 歯並び・噛み合わせが気になる
- その他 ()

いつからですか？どこですか？

- 今日 ()日前 時々 その他
- (右・左) 側 (上・下) の (前歯・奥歯)

今のお体の状態について (複数可)

- 良好・普通 不調 発熱 (°C)
- 通院している (医院・病院)
- 薬を服用している ()
- *お薬手帳をお持ちの方はご持参ください
- アレルギーがある ()

次の病気にかかった事がありますか？

- 糖尿病 高血圧 (血圧 /)
- 心臓病 肝臓病 脳梗塞 血液疾患
- 腎臓病 ウイルス性肝炎 (B・C) 骨粗鬆症
- その他 () 特になし

お口のお手入れについて

- 起床後 食後 (朝・昼・夕) 就寝前
- 1回の時間は () 分くらい
- 歯ブラシ以外の清掃用品は
- フロス 歯間ブラシ その他 ()

麻酔・抜歯で異常がありましたか？

- 特に異常はない
- 気分が悪くなった アレルギーが出た
- 腫れた 血が止まらなかった 発熱
- その他 (具体的に)

妊娠に関して (女性のみ)

- 妊娠中 (週) 授乳中 妊娠の可能性がある

タバコを吸いますか？

- 吸わない 吸う (1日 本くらい)
- 以前吸っていた (年前)

睡眠時間は？

- 約 () 時間

食生活習慣について

- 習慣的飲料物 なし あり ()
- 間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

治療方法 (治療費について)

- 全て保険の範囲でよい
- 予算に応じて考えたい
- 良い方法があれば保険外 (自費) で

当院を何でお知りになりましたか？

- 医院を見て (通りすがり・看板など)
- 知人・友人の紹介 ホームページ
- その他 ()

その他ご相談したいことがあれば、お書きください

Blank box for additional consultation notes.