

日付 平成 年 月 日

(NO. )

ふりがな		男 女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢  歳
お名前								
住所	〒						(自宅)TEL	
							(携帯)TEL	
							メール アドレス	
勤務先							(勤務先)TEL	

※該当する箇所に○印で囲んでください(複数回答可)

①当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページをみて
- 電話帳・雑誌をみて
- 知人・家族の紹介( )
- 家・職場の近くなので
- その他( )

②本日ご来院された理由について

- 歯が痛い
- 歯ぐきが痛い
- あごが痛い
- つめものが取れた
- 差し歯が取れた
- 治療が必要だと思う歯がある
- 歯石を取りたい
- 入れ歯が合わない・痛い
- 歯がぐらぐらする
- 歯ぐきから血が出る
- 口臭が気になる
- クリーニングをしたい
- 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査したい
- その他( )

③いままでの歯の治療について

- 麻酔が効きにくかった事がある
- 麻酔をして気分が悪くなった事がある
- 抜歯の際に気分が悪くなった事がある
- その他( )

④今までにかかった病気はありますか？

- 心臓病
- 肝臓病・腎臓病
- 血液疾患
- 糖尿病
- ぜんそく
- リウマチ
- 貧血
- 高血圧症
- アレルギー( )
- その他( )
- なし

⑤現在飲んでいるお薬がありますか？

- なし
- あり  
お薬の名前( )

⑥現在、他の病院に通院していますか？

- はい( )科
- いいえ

⑦以下に当てはまることはありますか？

- 薬を飲むと具合が悪くなる
- 現在、妊娠をしている
- 歯の治療がこわい
- 心臓のペースメーカーを使用している
- よく歯ぎしりをする

⑧治療に対してのご希望はありますか？

- 悪いところは全部治したい
- 全部保険の範囲内で治したい
- 痛む・気になるところだけ希望
- 治療費に関係なく治療方法を全部教えてほしい
- キレイに治したい

⑨その他にご希望・ご要望・ご不明点があればご記入ください

ご記入、ありがとうございました。



アルプデンタルクリニック

Address: 東京都足立区江北6-23-4

Tel: 03-5838-2530