



ふりがな

お名前 (男・女) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

ご住所 〒 定期検診のお知らせ等のお葉書送付が不可の場合チェックをお願いします。

電話番号 ( ) PCアドレス @

携帯電話 ( ) 携帯アドレス @

ご職業 ご紹介者 有・無 様

\*来院可能な曜日を○で囲んでください。 月 火 水 木 土 時間帯 ( : ~ : )

以下の項目の中で当てはまるものに✓をつけてください。

・どのようにして当院をお知りになりましたか？

- インターネット(検索ワード) 看板を見て 当院掲載メディアを見て
ご家族、知人の紹介 職場・ご自宅が近い その他

・本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い・しみる 歯がかけた 冠や詰め物がとれた 歯ぐきが痛い・腫れた
歯がぐらぐらする 入れ歯の具合が悪い あごが痛い 入れ歯を作ってほしい
定期検診を受けたい 虫歯を治したい 歯周病を治したい(歯石除去)
歯のクリーニング・ヤニを取りたい(PMTC) 歯を白くしたい(歯のホワイトニング)

・以下の項目の中で相談したいことはありますか？

- 歯周組織再生療法 精密根管治療 審美歯科治療 インプラント治療
予防歯科 ナノハイブリッドコンポジットレジン充填

・現在の全身の健康状態、今までにかかった病気についてお聞かせください。

- 異常なし 糖尿病(HbA1c) 高血圧(高/低) 心臓病 呼吸器疾患
腎臓病 肝臓病(型肝炎) 妊娠中(ヶ月) その他

現在飲んでいる薬はありますか？ ある(薬品名) ない

通院している病院はありますか？ ある(病院名 担当医) ない

日常で喫煙していますか？ している(本/1日・年間) ない

アレルギーや使えないお薬はありますか？ ある ない

・歯の麻酔、抜歯についてお聞かせください。

麻酔：問題なかった 気分が悪くなった 貧血をおこした 麻酔が効かなかった

抜歯：問題なかった 貧血を起こした 熱が出た 血が止まりにくかった

・治療についてのご希望はございますか？

- すべて保険で なるべく保険で、白い詰め物など保険のきかない治療は相談して決めたい。
最も良い技術と材料で(保険外治療)

・今まで歯科治療で嫌なことがあったり、今回不安に思っていることがあれば教えてください。

( )

※治療中に撮影した口腔内画像及び動画は、治療の参考画像として当院のHP等で使用させて頂く場合がございます。

個人の特定はされない状態で掲載させていただきますが、不可の場合はチェックをお願いします。 掲載を承諾しません