

ふりがな	
お名前 _____ 男・女 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 血液型 _____	
ご住所 〒 _____	
お電話番号 _____ () _____ 携帯電話 _____ () _____	
学校名 _____ クラス _____ あだ名 _____	
※ご来院予定日より2日前の午前9時に、お約束確認メールをお送りしております。	
メールアドレスをご記入ください。 E-mail _____ @ _____	
1. 当院は何で知りましたか	<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者 _____ 様) <input type="checkbox"/> 雑誌「頼れるドクター」をみて <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> バスアナウンス <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 歯科医院に来院するのはいつ以来ですか	<input type="checkbox"/> (_____ 週間ぶり) (_____ ヶ月ぶり) (_____ 年ぶり) <input type="checkbox"/> 今まで歯科を受診したことはない
3. どこに症状がありますか	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> その他(_____)
4. 今回はどうなさいましたか(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 食べ物が詰まる <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 口内炎ができた <input type="checkbox"/> その他・ご希望(_____)
5. 現在治療中のご病気はありますか	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧(上の血圧 _____ mmHg/下の血圧 _____ mmHg) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 精神的不調和 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____) ※病名がお分かりになる方はご記入ください。(_____)
6. 今までかかったご病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(病名: _____)
7. 服用中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(薬の名前: _____) ※お薬手帳をお持ちの方は、受付までお願い致します。
8. アレルギーはお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 薬(薬の名前: _____) <input type="checkbox"/> 食べ物(具体的に: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
9. 手術の経験はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒(いつ頃: _____ 病名: _____)
10. 歯科の既往歴について(チェックをお願い致します)	・歯科での麻酔の経験は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(そのとき異常は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・抜歯の経験は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(そのとき異常は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・歯磨き指導の経験は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 他院)
11. けがをして血が止まりにくいことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
12. 診療のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 診査・診断をして全体的に治療してほしい <input type="checkbox"/> 保険の適用範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険以外の治療についても先生と相談したい <input type="checkbox"/> その他(_____)

13.間食について	<p>•よく食べるものはありますか（復習回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>ガム <input type="checkbox"/>あめ <input type="checkbox"/>キャラメル <input type="checkbox"/>チューイングキャンディー <input type="checkbox"/>グミ</p> <p><input type="checkbox"/>チョコレート <input type="checkbox"/>クッキー <input type="checkbox"/>おせんべい <input type="checkbox"/>その他（具体的に: _____）</p> <p>•よく飲むものはありますか（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>砂糖入りのコーヒー・お茶類 <input type="checkbox"/>無糖のコーヒー・お茶類</p> <p><input type="checkbox"/>炭酸飲料 <input type="checkbox"/>果汁入り飲料 <input type="checkbox"/>乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/>スポーツ飲料 <input type="checkbox"/>栄養ドリンク</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に: _____）</p> <p>•間食の時間は決まっていますか</p> <p><input type="checkbox"/>決まっている <input type="checkbox"/>決まっていない <input type="checkbox"/>あまり食べない</p> <p>•1日の飲食回数（間食や飲み物を含む）</p> <p><input type="checkbox"/>0回 <input type="checkbox"/>1~3回 <input type="checkbox"/>4~5回 <input type="checkbox"/>6~7回 <input type="checkbox"/>8回以上</p>
14.歯磨きについて	<p>•いつ歯を磨きますか</p> <p><input type="checkbox"/>朝 <input type="checkbox"/>昼 <input type="checkbox"/>おやつ後 <input type="checkbox"/>夕食後 <input type="checkbox"/>就寝前</p> <p>•仕上げ磨きをしていますか</p> <p><input type="checkbox"/>毎日している <input type="checkbox"/>たまにしている <input type="checkbox"/>していない</p> <p>•フロス・糸ようじは使用していますか</p> <p><input type="checkbox"/>毎日使用している <input type="checkbox"/>たまに使用している <input type="checkbox"/>使用していない</p> <p>•フッ素を使用したことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>フッ素配合の歯磨き粉を使用ししっかりとゆすいでいる</p> <p><input type="checkbox"/>フッ素配合の歯磨き粉を使用し少量の水でゆすいでいる</p> <p><input type="checkbox"/>自宅でフッ素ジェルやフッ化物洗口を行っている</p> <p><input type="checkbox"/>歯科医院で定期的にフッ素塗布を行っている</p> <p><input type="checkbox"/>フッ素は使用していない</p>
15.癖はありますか （複数回答可）	<p><input type="checkbox"/>指しゃぶり <input type="checkbox"/>爪を噛む <input type="checkbox"/>唇を噛む <input type="checkbox"/>歯ぎしりをする</p> <p><input type="checkbox"/>くいしばっていることがある <input type="checkbox"/>口呼吸 <input type="checkbox"/>口が開いていることが多い</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に: _____）</p>
16.予約についてのご希望	<p><input type="checkbox"/>月 <input type="checkbox"/>火 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>木(午前のみ) <input type="checkbox"/>金 <input type="checkbox"/>土/<input type="checkbox"/>午前 <input type="checkbox"/>午後 <input type="checkbox"/>_____時頃</p>
17.その他	<p>ご希望・特記事項があれば記入願います</p>

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。必要な方はチェックを付けて下さい。

※お取りした資料は学会等で使用することがあります。ご承諾頂けない方はチェックを付けて下さい。

※上記の個人情報は治療以外の目的で使用致しません。ご協力有難うございました。阿部デンタルオフィス