



年 月 日 ▽予約日前日に確認のお電話 要 ・ 不要

ふりがな		血液型	性別	
お名前			男 女	未婚 既婚
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 年齢：満 歳 ヶ月
ご住所	〒			
自宅TEL		職業		
携帯電話	( )	勤務先		

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？  
 インターネット・看板・雑誌・近隣在住・近隣勤務  
 紹介（ご紹介者名： ） ・その他（ ）

費用に対する希望	1. 保険の範囲内	
	2. なるべく保険内で、一部は保険外の審美的な治療方法	
	3. すべて保険外の優れた方法	
治療に対する希望①	1.悪い所全部 2.痛みだけとってほしい 3.希望する所だけ 4.定期健診と治療 5.定期健診のみ 6.セカンドオピニオン(治療相談のみ) 7.自費診療のみ	
治療に対する希望②(複数選択可)		
保険診療	1.むし歯の治療 2.口臭・歯周病 3.義歯(入れ歯) 4.親知らずの抜歯 5.顎関節・かみあわせ治療 (顎が疲れる・歯ぎしりなどが気になる方) 6.歯石・汚れの除去 7.フッ素塗布	
	自費診療	1.インプラント(人工歯根) 2.セラミック治療 3.歯並びを綺麗にしたい(セラミック・矯正) 4.クリーニング(歯石・タバコのヤニ・茶渋等の汚れの除去) 5.ホワイトニング(歯の色を白く綺麗にする) 6.歯ぐきのピーリング(歯ぐきの着色除去)
		治療時間に対する希望
最後に歯科を受診したのはいつですか？ 年前 ・ ヶ月前頃		

女性の方へ 妊娠中ですか？ はい・いいえ 妊娠の可能性ある・妊娠中( ヶ月)  
 授乳中ですか？ はい・いいえ

初診の方へ 簡単なカウンセリングを行っております。

※裏面も記載してください。

血圧の異常はありますか？	はい・いいえ(高い・低い mm/ Hg)
血圧のお薬を飲まれていますか？	はい・いいえ(薬品名 )
アレルギーはありますか？	はい・いいえ(症状 品名 )
ご家族にアレルギーの方はいらっしゃいますか？	はい・いいえ( )
黄疸になったことはありますか？	はい・いいえ
血が止まりにくい体質ですか？	はい・いいえ
入院・手術を受けたことがありますか？	はい・いいえ(病名 いつ頃 )
現在服用中のお薬はありますか？	はい・いいえ(薬品名 )
かかったことのある病気に○をつけてください。	心臓病(狭心症・心筋梗塞・その他) 自律神経失調症 脳疾患(脳梗塞・脳出血・その他) 腎臓病 てんかん 肝臓病(肝炎A型/B型/C型・黄疸) 結核 リウマチ熱 蕁麻疹 副鼻腔炎(蓄膿症) 糖尿病 貧血 喘息 その他( )
歯に麻酔をして具合が悪くなったことはありますか？	はい・いいえ
金属のアレルギーはありますか？	はい・いいえ(症状 金属名 )

お疲れ様でした。記載が終わりましたらスタッフへお渡してください。