

NO.

ふりがな	男・女	生年月日
お名前		年 月 日
〒	日中ご連絡のつく、お電話番号(携帯電話など)	
ご住所		
ご勤務先		
ご勤務先住所		
ご予約の確認(リマインド)方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> メール() <input type="checkbox"/> 不要	

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃してほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 矯正の相談をしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談をしたい <input type="checkbox"/> その他()
異常箇所はわかりますか？	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上中 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下中 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他
異常はいつ頃からですか？	
現在お薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名：)
かかりつけの歯科医院はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(医院名：)
以下の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> その他(病名：)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 本)
女性の方のみお答えください	生理中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(月) <input type="checkbox"/> 可能性がある 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
抜歯や麻酔などで具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他(症状：)
一日に歯を磨くのは？	一日(回) いつ磨きますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜
診療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 保険の効かない範囲は話を聞いて検討したい <input type="checkbox"/> 医師と相談しながら決めたい <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治療してほしい
治療に関して興味はありますか？	<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 審美治療 <input type="checkbox"/> ない
当院をお選びいただいた理由をお聞かせくださいませ。	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(知人のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家・職場から近い <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそう <input type="checkbox"/> WEB検索 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS
他に気になることがあればご記入ください。	
診療の曜日時間など、ご希望がある場合はご記入ください。	

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。



※ご記入いただきました内容は、治療以外の目的で使用することはありません。