

No. 記入日： 年 月 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日 昭・平・令 年 月 日	年齢 歳
ご住所	〒 -			
電話番号	(携帯) - -	勤務先 ・ 学校		
	(自宅) - -			
ご予約の確認(リマインド)方法	☐ メール @			
	☐ 電話 ☐ SMS ☐ 不要 ※緊急時は連絡させていただきます			

●どうなさいましたか？					
【部位】			【いつ頃から】 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () ヶ月前		
左上	上前歯	右上	☐ 歯が痛い	☐ 歯茎が痛い	☐ あごが痛い
左下	下前歯	右下	☐ 詰め物・差し歯が取れた	☐ 歯を入れたい	☐ 入れ歯を作りたい
☐ 頬	☐ 唇	☐ 舌	☐ 歯の清掃をしてほしい	☐ 歯を白くしたい	☐ 検査をしてほしい
☐ その他()			☐ 矯正の相談をしたい	☐ インプラントの相談をしたい	☐ その他()
●現在お薬を飲んでいますか？			●アレルギーはありますか？		
☐ いいえ			☐ いいえ		
☐ はい()			☐ はい()		
●以下の病気はありますか？			●かかりつけの歯科医院はありますか？		
☐ いいえ			☐ いいえ		
☐ 心臓病	☐ 血液疾患	☐ 脳血管疾患	☐ はい(歯科医院名：)		
☐ 呼吸器疾患	☐ 肝臓病	☐ 消化器疾患	●女性の方のみお答えください。		
☐ B・C型肝炎	☐ 高血圧症(/)		☐ 生理中 ☐ 妊娠の可能性のある		
☐ 糖尿病	☐ 骨粗鬆症	☐ ぜんそく	☐ 妊娠中(ヶ月) ☐ 授乳中 ☐ 不妊治療中		
●過去の治療で何か異常はありましたか？			●タバコを吸いますか？		
☐ いいえ			☐ いいえ		
☐ 痛みが続いた	☐ 血が止まりにくかった		☐ はい(1日 本)		
☐ 熱が出た	☐ 気分が悪くなった		●1日のうち歯を磨くのはいつですか？		
☐ 貧血が起こった	☐ その他()		☐ 起床後 ☐ 食後(朝・昼・夕) ☐ 就寝前		
●診療についてのご希望はありますか？			●以下の治療に関して興味はありますか？		
☐ 保険の範囲で治療したい ☐ 医師と相談しながら決めたい			☐ ない		
☐ 保険の効かない範囲は話を聞いて検討したい			☐ 歯列矯正(マウスピース・ワイヤー・どちらも)		
☐ 最も良い方法で治療してほしい			☐ ホワイトニング ☐ インプラント ☐ 審美治療		
●当院をお選びいただいた理由をお聞かせください。			●気になることや診療の曜日時間に希望があればご記入ください。		
☐ 知人・家族の紹介(様)					
☐ 家・職場から近い ☐ WEB検索 ☐ SNS					
☐ 建物・看板を見て ☐ その他()					

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ございません。