

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 -			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メール アドレス	

1. あてはまる項目に☑マークを入れてください

☐ どうしましたか？

☐ 歯がしみる ☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきが腫れた ☐ 詰め物が取れた ☐ 入れ歯が

☐ その他

☐ それはどこですか？

☐ いつごろからですか？

.....

☐ 通院中・治療中の病気がある

☐ 心臓病（ ） ☐ 肝臓病（ 型肝炎） ☐ 腎臓病（ ）

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病（ Hba1c ） ☐ 脳卒中 ☐ ぜんそく

☐ アレルギーがある

☐ 骨そしょう症の治療をしている

☐ 体の中に、（ペースメーカー・人工関節・ステント・ ）を埋め込んでいる

☐ その他

☐ 今まで、輸血 手術 入院 をしたことがありますか？

☐ 現在服用中のお薬がある 病院・クリニック・医院
お薬の名前

☐ いままで麻酔の注射や歯の治療などで異常があった

☐ 現在、妊娠している・妊娠の可能性があり・授乳中である （ ヶ月）

2. ご希望の治療を教えてください ☐ 痛いところだけ治したい ☐ 悪いところは全て治したい

☐ 保険診療のみで考えたい ☐ 最善の治療方法を考えたい

来院の動機を教えてください

☐ 紹介 医院からの紹介（紹介状 あり・なし / ）

☐ 当院のホームページ・看板 ☐ 知人の紹介 ☐ 家族の紹介 ☐ その他（ ）

当医院へのご要望がありましたら教えてください。

（ ）

当院はマイナ保険証等にて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めてまいります。正確な情報を取得・活用するため、ご協力をお願いいたします。