

フリガナ 氏名	男女	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日生 (歳)
住所 〒	職業			
TEL ()				
勤務先名 (学校名)	勤務先住所 (お分かりの範囲で)		TEL ()	

※診療に必要な事柄ですので、できるだけ詳細にお答えください※

どうなさいましたか? (複数回答可) 右上 前上 左上 右下 前下 左下	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 検査をしたい	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> つめ物がとれた	
お口の中に、取り外しのできるもの (入れ歯など) がありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
今までに次の病気をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> ゼンソク <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 /最低 mmHg)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 蓄膿症
現在、他の病院 (歯科を含む) にも通院していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院 科)			
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 薬のアレルギーがある (薬品名)	<input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 花粉症	
歯の麻酔注射をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	そのとき異常がありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
歯の治療で、貧血・ショックを起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どのような時に いつ)			
ケガや抜歯で血が止まらなかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どのような時に いつ)			
女性の方へ	妊娠中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ヶ月) 妊娠の可能性ありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になるところだけ			
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険外でもより良いものを紹介してほしい <input type="checkbox"/> 健康保険と併用で保険範囲外は相談の上			
当院をどこで (何で) 知りましたか?	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (様) <input type="checkbox"/> ホームページを見て (パソコン・スマホ) <input type="checkbox"/> NTTタウンページ	<input type="checkbox"/> 駅に来て表の看板を見て <input type="checkbox"/> EPARK 歯科を見て <input type="checkbox"/> その他 ()		