

*必ずご本人がご記入ください。お子様の場合は保護者の方がご記入ください。

カルテNo.

(ふりがな)	男	生年月日
お名前	女	明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)
ご住所 〒		
電話番号 ()	携帯番号 ()	
ご職業	E-mail (当院から予約情報等をメールでお知らせします)	
どうなさいましたか?	1. 歯が (痛い・しみる・はれた・とれた) → 部位 (左・右・前・上・下) 2. 口臭がある 3. 歯ぐきから血が出る 4. 口の中できもの 5. 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい 6. 歯石を取りたい 7. 定期検診 8. インプラント相談 9. 矯正相談 10. 審美治療相談 11. その他 ()	

*再診の方は、太枠(上部)内のみご記入ください。

*初診の方は、下欄にもご記入ください。

現在の健康状態は? *安全のため、少しでもありましたらご記入下さい	1. 良好 2. 通院中または内科的疾患のある方 3. *女性のみ→妊娠中 (月) *上記で2. と答えられた方・・・ ①高血圧・低血圧 (/ mmHg) ⑧アレルギー体質 ②肝臓 (B肝・C肝・その他) ⑨麻酔・ピリン・ペニシリン・ぜんそく ③心臓 (ペースメーカー使用・その他) ⑩金属アレルギー・アトピー・花粉症 ④糖尿 (空腹時血糖値 mg/dl) 食品 () ・その他 ⑤腎臓 ⑪骨粗鬆症 ⑥血液疾患 ⑫その他 () ⑦貧血症
現在薬を飲んでいますか?	1. 飲んでいない 2. 飲んでいる [心臓の薬・抗凝血薬・血圧の薬・肝臓の薬・糖尿病・骨粗しょう症 *どのようなお薬ですか? その他:]
喫煙について	1. タバコを吸わない 2. タバコを吸う (1日 本)
麻酔注射による異常は	1. なし 2. ある (症状) 3. 麻酔したことがない
当医院への来院は	1. 初めて 2. 前に来たことがある (月前・ 年前)
当院をお知りになったきっかけは?	1. 知人・家族の紹介 (ご紹介者名:) 2. (家 ・ 会社 ・ 学校) が近い 3. インターネット 4. タウンページ 5. その他 ()
診療に対するご希望	1. 健康保険の範囲で治療したい → 自費治療の説明 …… 必要 ・ 不要 2. 自費治療を考えている → 専門のカウンセリング …… 必要 ・ 不要 3. 時間がなく早く治したい → 引っ越し・就業等、 までには終わりたい 4. 笑気ガスを使用してほしい
担当医制度について	1. 絶対に同じ先生が良い (ご希望: 男・女 医師名: 衛生士: *医師はシフト制のため診療曜日・時間などご希望に添えない場合があります 2. 治療内容が同じであれば先生が代わってもよい 3. その他 ()
ご希望の診療室は?	1. 個室 (必ず・できれば) 2. 子供部屋 3. 1階の診察室 (必ず・できれば) 4. 特になし
予約についての要望	*来院できる時間帯 1. 午前中 時頃 2. 午後以降 時頃 *来院できる曜日 月・火・水・木・金・土・日祝・いつでも

*ご記入いただきました情報は治療の参考と能率化のため、院内のみにて使用させていただきますのでご安心下さい。