



ふりがな	男 女	生年 月 日	明・大 昭・平	年	月	日	ご紹介者
氏名							
現住所	〒		Tel.		E-mail		
勤務先名 (学校名)	勤務先住所 (学校住所)		〒		Tel.		

以下の質問は、あなたの歯科治療を行うにあたって必要な資料を得るためのものです。個人的な秘密は厳守いたしますので、正確にお答えください。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとって歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> つめていたものがとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ( )																																
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他																																
当院に来られたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (    ヶ月位前・    年位前)																																
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (    位前) <input type="checkbox"/> わからない																																
その時(歯を抜いた時)異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    ( 血が止まらなかった、何日も痛んだ ) <input type="checkbox"/> わからない    ( 貧血を起こした、熱が出た )																																
麻酔等の注射をして異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない																																
薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    ( 胃が悪くなる、発疹が出る、かゆくなる ) <input type="checkbox"/> わからない    ( その薬品名 (    ) )																																
現在何かの薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いる    その薬品名 (    )																																
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    ( かぶれやすい、じんましんが出る ) <input type="checkbox"/> わからない    ( ぜんそくがある )																																
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    ( 心臓病、高血圧・低血圧 (最高    /    最低) ) <input type="checkbox"/> わからない    ( 肝臓病、糖尿病、B型肝炎、C型肝炎 ) <input type="checkbox"/> わからない    ( その他 (    ) )																																
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良    (女性の方) <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠    ヶ月																																
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけでよい <input type="checkbox"/> 相談してきめたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかない所は自費でもかまわない <input type="checkbox"/> 自費で治療を行いたい																																
診察についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 一回でなるべく多く治療して回数を減らしたい <input type="checkbox"/> 回数は何回かかってもゆっくり治療を進めたい																																
治療の回数について	<input type="checkbox"/> 一回でなるべく多く治療して回数を減らしたい <input type="checkbox"/> 回数は何回かかってもゆっくり治療を進めたい																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM 10:00~PM 1:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM 2:30~PM 4:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM 4:00~PM 8:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	日	AM 10:00~PM 1:00								PM 2:30~PM 4:00								PM 4:00~PM 8:00							
	月	火	水	木	金	土	日																										
AM 10:00~PM 1:00																																	
PM 2:30~PM 4:00																																	
PM 4:00~PM 8:00																																	
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 (    )																																

他に、ご希望があればお書き下さい

治療に関する質問    今までに受けた治療で以下に書いてある様な経験をされた方は、○印をつけて下さい。

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| 1.とても痛い思いやこわい思いをした         | 6.待ち時間が長かった               |
| 2.治療中気分が悪くなったりショックや貧血を起こした | 7.先生や女性の従業員が不親切でいやな感じがした  |
| 3.治療した歯がすぐだめになった           | 8.治療費が高すぎると思った            |
| 4.一本の歯を治すのに何回も通わねばならなかった   | 9.よく相談にのってくれなかった          |
| 5.つめたものがすぐとれた              | 10.時間の都合が医院と折り合わず通うのに苦労した |