

# 治療を受けられる方へ

平成 年 月 日

フリガナ	-----	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
氏名					
現住所	〒			Tel	- -
				携帯	- -
勤務先				Tel	- -
当院を何でお知りになりましたか？	1. 広告 2. 看板 3. 電話帳 4. ホームページ 5. 知人の紹介 (様) 6. 医科からの紹介 (科)				

## 来院された理由

- 歯（しみる、噛むと痛い、甘いもので痛い、その他）  歯茎が痛い  
 検診希望  虫歯をなおしたい  気になるところがある  歯石を取りたい  
 入れ歯が合わない・新しくつくりたい  歯が動く  歯が抜けた  
 その他（ ）

現在治療中、または今までにかかった病気は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> ちくのう <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他（ ）
血圧はどうか？	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い（最高： 最低： ）
服用中のお薬は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ）
使えないお薬は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ）
アレルギーは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（ ）
妊娠・授乳中	<input type="checkbox"/> 妊娠（ ヶ月） <input type="checkbox"/> 授乳中
麻酔の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 異常の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある
抜歯の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 異常の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください	
予約希望日	通院先
月・火・水・木・金・土 時頃	科 Dr