

\*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。

\*再診の方は、太枠(上部)内のみご記入ください。

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. その他 *インプラント・矯正相談等 [ ]			
現在の健康状態は?	1. 良好 2. 通院中 *女性のみ → 3. 妊娠中 ( カ月) *上記で2、と答えられた方・・・ 心臓病 高血圧 糖尿病 骨粗しょう症 腎臓病 肝臓病 肝炎 (B・C) その他 ( )			
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)			
アレルギーについて	1. なし 2. ある *上記で2、と答えられた方・・・ 食品 ( ) 薬品 ( ) その他 ( )			
以前歯を抜いた事がありますか?	1. ない 2. ある → その時異常がありましたか? 気分が悪くなった 血が止まりにくかった その他 ( )			
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 ( カ月前・ 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・不必要 2. 自費治療を考えている → 専門のカウンセリング・・・ 必要・不必要 3. 時間がなく早く治したい → 引っ越し・就職等、 までには終わりたい			
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. 保育士 *火・木のみ 4. 1階の診療室 (必ず・できれば) 5. 笑気ガス 6. 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。