

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 明・大・昭・平	年 月 日
住所 〒	TEL (自宅) (携帯)		
勤務先名称	TEL		
勤務先住所			
当院を何でお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ご紹介者 様			

プライバシーは厳守いたします。正確にご記入お願い致します。

今日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯が(痛い・しみる・虫歯がある) <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが(痛い・腫れている・出血する) <input type="checkbox"/> 入れ歯が(具合が悪い・こわれた・作り直したい) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他 ( )
そこはどこですか	右上奥歯 上前歯 左上奥歯 あご その他 ( ) 右下奥歯 下前歯 左下奥歯
痛みはありますか どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつからですか ( ) から <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> ときどき痛い <input type="checkbox"/> 浮いたような感じ <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在のあなたの健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中
歯科治療で麻酔注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( ) ヶ月前・( ) 年前
麻酔したり抜いたりした時 何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> ひどく腫れた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他 ( )
特異体質やアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬(薬品名 ) <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食べ物 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
次の病気の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓(狭心症・心筋梗塞・その他 ( )) <input type="checkbox"/> 肝臓(A、B、C型肝炎・アルコール性肝炎・その他 ( )) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 ( / mmhg) <input type="checkbox"/> 貧血 ( ) <input type="checkbox"/> 腎臓(透析あり・なし) <input type="checkbox"/> 輸血をしたことがある <input type="checkbox"/> 胃腸病(胃潰瘍・十二指腸潰瘍) <input type="checkbox"/> その他 ( )
他の科に通院中の方はお知らせ下さい	病名 ( ) 病院名 ( )
現在、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる どんなお薬ですか( )
タバコをお吸いになりますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本 年間) <input type="checkbox"/> やめた
診療内容、治療費について お尋ねします(いくつでも結構です)	<input type="checkbox"/> 今困っているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 自分の口の中の状況を詳しく説明してほしい <input type="checkbox"/> 保険のきく範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 自費治療(保険適用外)の治療計画について詳しく説明してほしい (費用・期間) <input type="checkbox"/> 内容しだいでは、一部自費治療(保険適用外)でもよい
その他、ご要望、質問等ありましたら ご記入下さい	

井口歯科クリニック 053-450-6688

住 所：静岡県浜松市中区早馬 2-4  
 受付時間：月～金曜日 09:00～13:00  
 14:30～18:00  
 土曜日 09:00～13:00  
 14:30～17:00

休 診 日：水・日・祝日  
 最 寄 駅：遠州病院駅  
 駐 車 場：あり

