

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



(P.A.T. 出願中)